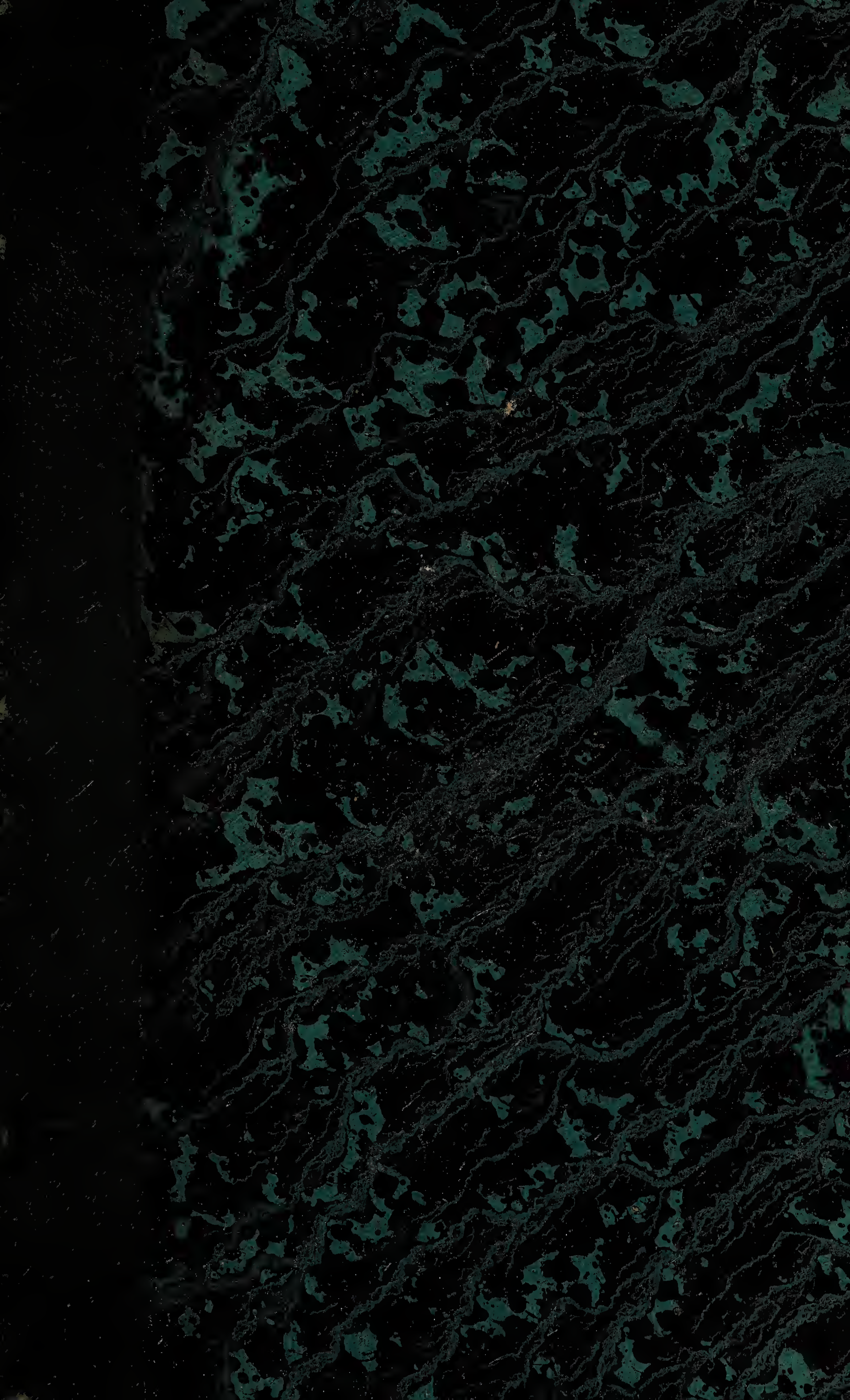
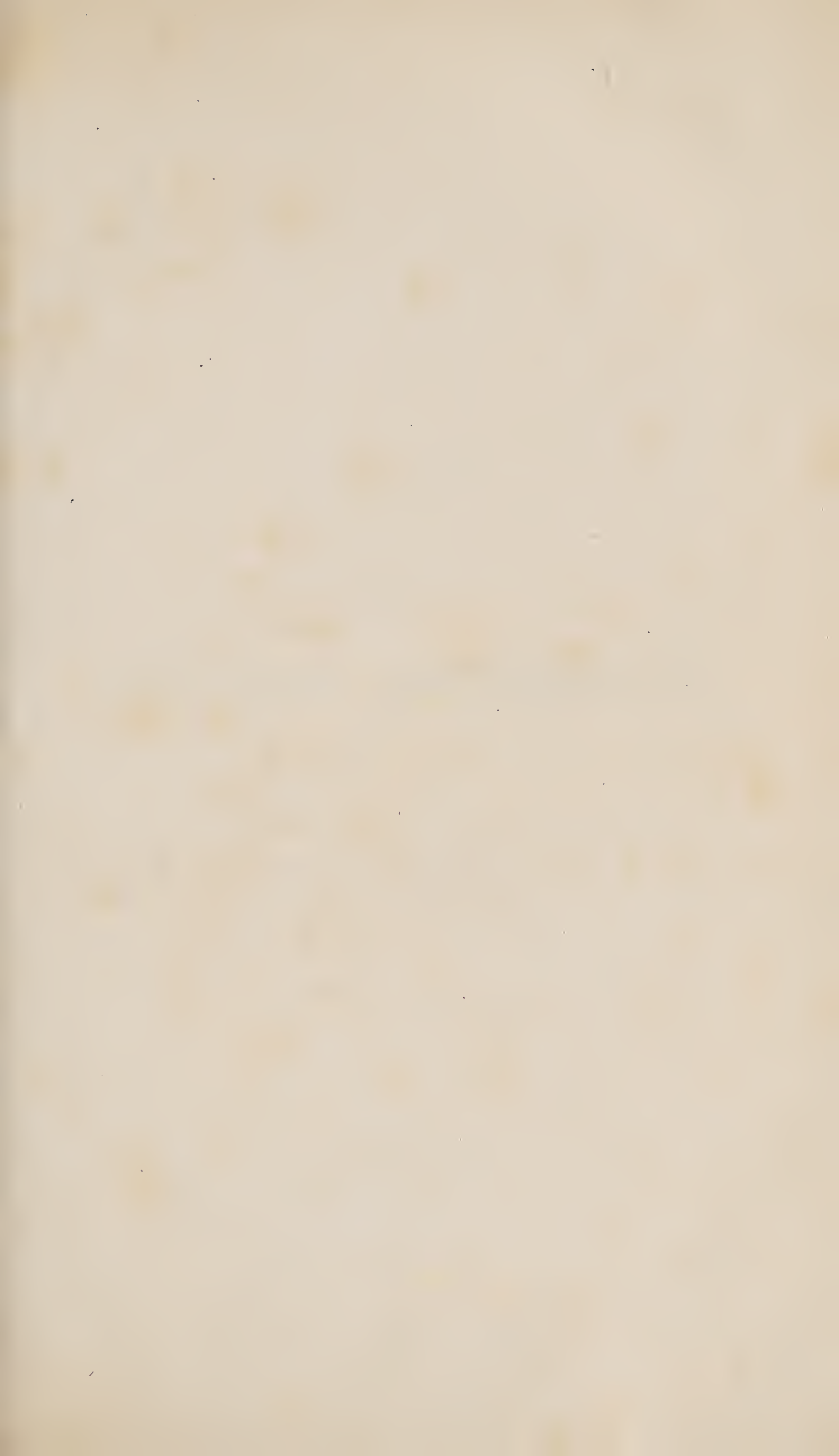








TRAITÉ

DE LA

RÉUNION IMMÉDIATE.

IMPRIMERIE
DE MADAME HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),
rue de l'Éperon, n°. 7.

TRAITÉ

DE LA

RÉUNION IMMÉDIATE

ET DE SON INFLUENCE

SUR LES

PROGRÈS RÉCENS DE LA CHIRURGIE

DANS TOUTES LES OPÉRATIONS,

OUVRAGE DANS LEQUEL ON COMPARE LES PRINCIPES SUIVIS DANS LES DIVERSES ÉCOLES ET LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LES GRANDS HÔPITAUX DE FRANCE;

PAR **M. SERRE**,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, ex-Chirurgien Chef interne à l'hôpital Saint-Eloi de la même ville, ex-Chef de clinique chirurgicale, membre de l'Athénée de Médecine de Paris.

La réunion immédiate a fait faire plus de progrès à la chirurgie, et surtout à l'art des opérations, qu'aucune découverte.

JOHN BELL, *Traité des plaies*.

PARIS.

LIBRAIRIE MÉDICALE DE GABON,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 10;

A MONTPELLIER, MÊME MAISON,

ET A BRUXELLES, AU DÉPÔT GÉNÉRAL DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE, Marché aux Poulets, n°. 1213, au coin de la rue des Fripiers.

1830.

A mes premiers Maîtres

AUX

Professeurs de la Faculté de Montpellier,

M. Serre.



ERRATA.

Page 2, lignes 14 et 15, qu'il n'y a que des hôpitaux et des chirurgiens à Paris, *lisez :* qu'il n'y a des hôpitaux et des chirurgiens qu'à Paris.

Page 12, ligne 4, qu'ils en méritent, *lisez :* qu'ils n'en méritent.

Page 38, ligne 28, Assalani, *lisez :* Assalini.

Page 39, ligne 21, semblait, *lisez :* semblerait.

Page 80, ligne 30, sans que les mortifications du lambeau s'en soient jamais suivies, *lisez :* sans que la mortification du lambeau s'en soit jamais suivie.

Page 94, ligne 27, ses résultats, *lisez :* ces résultats.

Page 184, ligne 28, ou que, *lisez :* et que.

Page 194, ligne 25, tout fut compté, *lisez :* tout fut coapté.

Page 235, ligne 26, des modes divers des pansemens, *lisez :* des modes divers de pansemens.

Page 245, ligne 1, soit tant à craindre, *lisez :* soit autant à craindre.

Page 318, ligne 1, un grand nombre d'opérations de la cataracte, *lisez :* un grand nombre d'opérations de cataracte.

Page 363, ligne 30, d'hors et déjà, *lisez :* dès ce moment.

Page 405, ligne 20, en pourrait, *lisez :* on pourrait.

Page 457, ligne 22, à la solliciter, *lisez :* à les solliciter.

Page 501, ligne 29, d'après le procédé indien, *lisez :* d'après le procédé italien.

AVANT-PROPOS.

L'UN des vœux les plus ardemment exprimés par tous les gens instruits est de voir les relations scientifiques entre les divers peuples prendre de plus en plus de l'extension : les hommes ont enfin senti que le génie est de tous les temps et de tous les lieux, et que son empire doit partout être le même. Dans les sciences, et plus encore dans l'étude de celles qui intéressent de près l'humanité, il ne faut pas moins faire cas des idées d'autrui que de celles de nos compatriotes ; si les unes flattent davantage notre amour-propre, les autres n'en sont pas moins utiles, et doivent par conséquent recevoir le même accueil. Disons du médecin ce que Voltaire disait du philosophe : *il n'est ni Français, ni Anglais, ni Florentin, il est de tous les pays.*

Toutefois, en appréciant à leur juste valeur les travaux des étrangers, n'ensevelis-

sons pas dans l'oubli ceux de notre nation; partout, on tolère un léger excès de patriotisme, mais on n'excuse que difficilement quiconque pèche par un excès contraire. Ce reproche a été cependant adressé à l'un des écrivains de notre époque, et nous avouerons à regret qu'il nous a paru mérité; ce n'était pas même le seul qu'on pût lui faire (1). En effet, pourquoi l'auteur, traçant l'histoire des progrès de la chirurgie, ne réservait-il pas quelques pages de son travail aux faits sortis des Hôpitaux ou des Facultés de France autres que celles de la capitale? A l'entendre, on croirait que Paris seul a une École, et qu'il n'y a que des hôpitaux et des chirurgiens à Paris.

Sans doute, cette ville, devenue aujourd'hui la métropole du monde savant, renferme dans son sein un grand nombre d'hommes extrêmement recommandables et faits pour reculer les limites de l'art; mais les autres villes du royaume en sont-elles toutes dépourvues? N'existe-t-il pas encore des pro-

(1) Si M. Richerand a quelquefois oublié les chirurgiens de la capitale pour parler de ceux étrangers à notre nation, on conviendra qu'il a été bien plus injuste encore envers tous les chirurgiens des autres villes.

fesseurs justement célèbres à Montpellier et à Strasbourg? N'y a-t-il pas des écoles secondaires à Brest, à Rochefort et à Toulon? Ne trouve-t-on ni hôpitaux, ni opérateurs à Lyon, à Marseille, à Bordeaux, à Nantes, à Rouen, à Metz et à Toulouse? Ne s'occupe-t-on dans aucune de ces villes à imprimer de nouveaux progrès à l'art chirurgical, et n'a-t-on jamais été heureux dans ces sortes de tentatives? C'est cependant là que résident MM. Delpech, Lallemand, Lobstein, Flamand, Delaporte, Foullioy, Clémot, Fleury, Viricel, Bouché, Janson, Martin, Montain, Gensoul, Moulaud, Cauvières, Brulatour, Guérin, Flaubert, Willaume, Viguerie, et tant d'autres dont le savoir et les talens opératoires ne sont pas moins connus.

A la vue de tant d'intérêts lésés et de tant de noms respectables laissés dans l'oubli, nous avions d'abord senti le besoin de prendre la plume, nous eussions même cédé à ce mouvement, si nous nous fussions cru la force de redresser tant de torts. Mais ce que nous avions éprouvé, d'autres, plus capables que nous, l'éprouvèrent dans un autre sens, et l'on vit presque en même temps MM. Bellanger et Roche faire au professeur Riche-

rand les reproches les mieux fondés et les plus sanglans (1).

Cependant, en renonçant pour le moment à notre projet, nous n'en avions pas moins présens à la pensée les sentimens pénibles que la lecture de l'ouvrage du professeur de Paris venait de faire naître dans notre esprit; nous travaillâmes donc dans le silence, et reconnûmes de plus en plus que cet écrit était non seulement fort incomplet, mais encore empreint presque partout de partialité.

C'est en nous livrant à ces recherches, dont nous publierons plus tard les résultats, que nous fûmes entraîné, autant par goût que par nécessité, à nous occuper de la *Réunion immédiate*. Ce n'est pas que M. Richerand ait omis d'en parler; au contraire, nous devons à la vérité de dire qu'il est un de ceux qui, en France, ont le plus contribué à la faire prospérer. Mais outre qu'en traitant cette matière, nous devions nous mettre dans le cas de signaler quelques uns des oublis ou des erreurs commises par l'auteur de l'*Histoire des progrès de la chi-*

---

(1) *Revue médicale,* Mars 1826, page 440. *Archives de Médecine,* Janvier 1826, page 152.

rurgie, le sujet lui-même nous a paru ne pas avoir été envisagé sous son véritable aspect.

Dire que la réunion immédiate est avantageuse à la suite des amputations des membres ou de l'extirpation de certaines tumeurs, c'est émettre une idée déjà par trop commune. A la hauteur à laquelle s'était placé M. Richerand, il fallait toucher aux sommités de la question, en faire voir l'ensemble, et préciser d'une manière large l'influence que ce mode de pansement peut exercer à l'avenir sur la marche ascendante de la chirurgie.

Peu de points de doctrine embrassent un aussi grand nombre de faits, et méritent autant de fixer les regards des praticiens : à lui se rattachent le traitement de toutes les blessures et le succès de la plupart des opérations. Quoi de plus naturel que de fermer au plus tôt les plaies, et de les réduire ainsi à leur plus grand état de simplicité ! Quoi de plus antichirurgical, au contraire, que de les *bourrer* avec de la charpie et de les exposer, par là, à toutes les chances d'une vive inflammation ! « Lorsqu'un chirurgien » moderne nous parle, dit John Bell, de

» *mondifier* et de *cicatriser* une plaie récente;
» lorsqu'il indique le moyen d'y faire *naître*
» *des chairs grenues, vermeilles* et *toujours*
» *de niveau avec les bords,* il donne la
» preuve la plus manifeste de son ignorance
» sur les propriétés de l'organisme (1). »

Il est déjà loin de nous ce temps où l'on croyait que la suppuration était indispensable pour obtenir la cicatrisation d'une solution de continuité, et l'on s'obstine à vouloir nous ramener à ces vieilles erreurs !

Malheureusement, il est arrivé pour la réunion immédiate ce qui a lieu pour toutes les innovations : d'une part, il a fallu lutter contre les préjugés; de l'autre, étudier les conditions au prix desquelles cette méthode pouvait être utile. Aussi, en réfléchissant à notre sujet, avons-nous assez senti l'importance de ces dernières pour consacrer un chapitre fort étendu à leur exposition. Peut-être même aurons-nous, à cet égard, rempli une lacune; car on ne se persuade pas assez combien le succès de la réunion tient à l'application stricte de ces préceptes.

Parmi les moyens énumérés dans cet ar-

(1) *Traité des plaies,* page 1.

ticle, il en est un surtout sur lequel nous avons insisté, d'autant que nous devions nous attendre, en l'abordant, à réveiller d'anciennes passions ; ce moyen est la suture.

Peu de gens ignorent tout le mal qu'en a dit Pibrac, et l'influence que son mémoire a long-temps exercée sur les esprits. A la vérité, ce moment d'aveuglement touche à son terme, et l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître que cet auteur est tombé dans l'exagération ; mais, dans un écrit essentiellement clinique, nous ne pouvions nous contenter d'un reproche aussi vague : il a donc fallu analyser ce mémoire, et repousser une à une les objections qu'il contient.

Ce que nous avions déjà fait pour la suture, nous avons voulu le faire pour tous les points litigieux de notre travail : loin de nous borner à citer des observations en faveur de la réunion (ce qui eût été bien plus facile), nous avons pris à cœur de dévoiler tout ce que l'on a dit et écrit contre notre manière de voir. Jamais, nous n'avons voulu conclure sans avoir présenté d'abord la question par tous ses côtés.

Abstraction faite des détails dans lesquels nous sommes entré à cet égard, en étudiant

chacun des modes opératoires, un chapitre tout entier a été encore réservé à cette discussion : si nous sommes dans l'erreur, au moins aurons-nous fait tout ce qu'il était possible pour l'éviter. Toutes les pièces du procès sont en évidence, et la croyance de personne ne sera trompée.

Quant aux avantages proprement dits de la réunion, nous n'avons été un instant embarrassé que pour le choix de l'ordre à mettre dans leur énumération : les uns sont communs à toutes les opérations, les autres appartiennent seulement à quelques unes d'elles. C'est là que ceux qui seraient tentés de nous accuser d'être exclusif trouveront les preuves sur lesquelles nous avons établi notre opinion; c'est là que l'on pourra se convaincre que la réunion immédiate n'est pas un procédé aussi simple qu'on a pu le croire, et que les mêmes moyens ne suffisent pas toujours pour l'obtenir.

Un travail du genre de celui que nous livrons au public ne pouvait que reposer sur des faits; aussi, nous sommes-nous livré de bonne heure à l'observation, et avons-nous consacré beaucoup de temps à cette étude. Quoique élevé dans une école où quel-

ques personnes pensent mal à propos que l'on ne se nourrit que d'*abstractions*, nous n'avons jamais été du nombre de ceux qui considèrent le rôle d'observateur comme d'un ordre trop subalterne. C'est de l'observation qu'est née la médecine, ce n'est que dans l'observation qu'elle a pu puiser ses principaux matériaux et ses principes constitutifs. L'observation a été et sera toujours le principal instrument de ses succès (1).

Mais voir n'est pas observer : sous ce rapport, nous devons beaucoup à notre position et à nos maîtres (2). Placé pendant plusieurs années dans un grand hôpital, nous avons pu, dans le calme de la réflexion, rassembler les matériaux de notre ouvrage : long-temps, nous avons noté les résultats sans vouloir même remonter aux causes; long-temps, nous nous sommes abstenu de

---

(1) Caizergues, *des Systèmes en médecine,* page 161.

(2) En payant notre tribut de reconnaissance aux professeurs Delpech, Lallemand, Broussonnet et Caizergues, pour nous avoir dirigé dans nos études cliniques, qu'il nous soit aussi permis de témoigner notre gratitude aux membres du conseil d'administration des hôpitaux de Montpellier, pour les bontés dont ils nous ont honoré durant notre séjour à l'Hôtel-Dieu.

conclure, pour mieux arriver à la vérité. Enfin, il a fallu rapprocher les faits et les comparer entre eux, et c'est alors que nous avons seulement connu tous les avantages d'une méthode dont nous n'avions d'abord qu'entrevu l'utilité.

Telles étaient les dispositions de notre esprit lorsque, nous trouvant à la veille de nous rendre à la capitale, et voulant ajouter de nouveaux faits à ceux que nous possédions déjà ; nous crûmes qu'il était convenable de différer la publication de notre travail. Quelle fut notre surprise, en voyant dans plusieurs hôpitaux de Paris les principes de la réunion immédiate délaissés ou même frappés d'anathème, alors que nous pensions avoir tant de raisons d'en proclamer l'excellence !

Dès ce moment, il nous fut facile de mesurer et le nombre et la portée des attaques contre lesquelles nous aurions à résister, et nous sentîmes plus que jamais le besoin de nous livrer de nouveau à l'observation ; c'est là ce que nous n'avons cessé de faire depuis près de deux ans. Or, nous déclarons par anticipation que rien de ce que nous avons pu voir ou entendre jusqu'ici n'a pu ébran-

ler notre conviction; au contraire, tout tendrait à la corroborer. Nous savons combien sont respectables les noms de quelques hommes contre lesquels il nous faudra lutter; mais ce que nous devons à l'estime dont ils jouissent à tant de titres ne pourra jamais nous faire oublier ce que nous devons à la vérité. « Quand il s'agit de parler » raison, a dit l'un des plus grands philo- » sophes du dix-huitième siècle, les hommes » rentrent dans le droit de la nature, et re- » prennent leur première égalité. »

Cette manière de procéder dans la discussion est assurément plus profitable à la science qu'à l'écrivain; car, selon l'expression d'un critique éclairé, il n'y a rien de tel pour se faire des partisans que d'être celui de tout le monde. Si un commerce de ce genre est excusable dans les sciences d'agrément, il devient criminel quand il y va de la vie des hommes : aussi, avons-nous fait abstraction des noms, pour n'examiner que les choses.

Cette sorte d'indépendance intellectuelle, que nous avons apportée dans l'examen des opinions d'autrui, ne nous a pas même aban-

donné quand il a été question de celle de nos maîtres : ce n'est pas que nous ayons pour eux moins de respect et de reconnaissance qu'ils en méritent; mais après avoir été quelquefois sévère à l'égard des autres, nous n'eussions pas voulu que l'on pût nous accuser d'avoir cédé, même à l'influence de nos affections les plus chères.

Au reste, ne nous créons pas des obstacles pour nous donner le mérite de les vaincre : s'il est encore à la capitale ou en province quelques chirurgiens qui ne partagent pas nos idées, la plupart pensent comme nous. Seulement, personne n'a songé jusqu'à ce jour à réunir les faits qui se rattachent à la méthode adhésive pour en former un corps d'ouvrage et donner la solution complète de la question : nous n'en connaissons aucun dans aucune langue.

Le moment est cependant arrivé où un travail de ce genre devient de plus en plus indispensable en France. L'année dernière, l'Académie de chirurgie a retenti de quelques imprécations dirigées contre ce mode de pansement, et ces imprécations trouvèrent de l'écho. M. Jules Cloquet eut, à cette

occasion, une bien belle cause à défendre, et la soutint avec tout le talent qu'on lui connaît; mais, par un concours de circonstances dont il serait assez difficile de se rendre compte, il fut presque seul de son avis, et la raison seule ne triomphe pas toujours, même à Paris.

M. Maunoir, occupé du soin d'étendre le domaine de la chirurgie, manifestait aussi naguère le désir que son mémoire sur les amputations pût rappeler l'attention des hommes de l'art sur cette matière, tant il en sentait l'importance (1). Puisque personne n'a encore répondu à cet appel, cédons au besoin de l'époque. D'autres eussent traité ce sujet avec plus d'avantage, mais ils n'auraient pu le faire avec plus de bonne foi. Car, disons-le en commençant, ce ne sont ni nos propres succès que nous venons raconter, ni nos revers de fortune que l'amour-propre nous fera passer sous silence; nous ne sommes ici qu'historien, et s'il suffit pour en remplir les devoirs, de ne rien

---

(1) *Mémoire sur les amputations, l'hydrocèle du cou et l'organisation de l'iris*, page 18.

dire de faux et de ne rien omettre de vrai, nous pouvons parler avec confiance.

Consolons-nous de la simplicité de notre rôle, en répétant avec Pline le jeune : « Si, » par notre condition de particulier, nous » n'avons pu faire des choses dignes d'être » écrites, tâchons, au moins, d'en écrire qui » soient dignes d'être lues. »

DE LA

RÉUNION IMMÉDIATE

CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS

AVEC LES

PROGRÈS RÉCENS DE LA CHIRURGIE

DANS TOUTES LES OPÉRATIONS.

CHAPITRE PREMIER.

RECHERCHES HISTORIQUES.

L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour le mensonge.
(LA FONTAINE.)

1°. C'EST une étude à la fois curieuse et instructive, que de chercher à remonter à l'origine de nos connaissances, et de suivre la chaîne des tâtonnemens par lesquels il a fallu passer pour parvenir à poser les bases d'une science. En effet, la marche de l'esprit humain ne s'exécute pas suivant une ligne droite; elle se compose d'une série d'oscillations progressives en deçà et en delà d'une ligne moyenne, comparables à celles de la locomotion. C'est ce dont on acquiert une nouvelle preuve en s'occupant de l'histoire de la réunion. Dès l'enfance de l'art, on voit ce procédé conseillé et mis en usage par le Père de la

médecine (1), et plusieurs siècles après, il en est à peine fait mention.

2°. Mais laissons là ces écrits qui se perdent dans la nuit des temps, et arrivons de suite jusqu'à Celse. Celui-ci, parlant des moyens curatifs applicables au traitement des solutions de continuité, dit : *Après avoir arrêté le sang, l'indication à remplir est la réunion.* Il pose même quelques principes à cet égard, et tâche de distinguer les cas où la suture convient, de ceux où il faut avoir recours à tout autre mode de rapprochement (2). C'était déjà beaucoup pour cette époque, et l'on dirait, au jour où nous

---

(1) Dujardin, *Histoire de la chirurgie,* tome Ier, page 209.

(2) Il paraît que Celse a connu l'application de la réunion immédiate à la suite des amputations des membres : on en jugera par le passage suivant : *Igitur inter sanam vitiatamque partem incidenda scalpello caro usque ad os sic est, ut neque contrà ipsum articulum id fiat : et potiùs ex sanâ parte aliquid excidatur, quam ex ægrâ relinquatur. Ubi ad os ventum est, reducenda ab eo sana caro, et circà os subsecanda est, ut eâ quoque parte aliquid ossis nudetur. Dein id serrulâ præcidendum est, quàm proximè sanæ carni etiam inhærenti. Ac tum frons ossis quam serrula exasperavit, lævanda est, supràque inducenda cutis, quæ sub ejus modi curatione laxa esse debet, ut quàm maximè undiquè os contegat. Quà cutis inducta non fuerit, id linamentis erit contegendum, et super id spongia ex aceto deliganda. Cætera posteà sic facienda, ut in vulneribus, in quibus pus moveri non debet, præceptum est. De re medicâ,* vol. secund., edit. Pariset, liber VII, cap. IV, fol. 182.

Bien des gens ont lu Celse, et il en est très peu qui aient fait attention à ce passage remarquable.

sommes, qu'il ne restait plus qu'un pas à faire pour résoudre le grand problème. Eh bien! il a fallu près de deux mille ans pour en saisir l'ensemble, et le suivre jusque dans ses dernières applications.

Dans l'examen d'une question aussi vaste et aussi ardue, il ne s'agissait pas seulement d'enseigner à réunir les plaies produites par des agens extérieurs; il fallait constater surtout l'identité de ces sortes de blessures avec celles qui résultent des opérations, et appliquer à ces dernières le même mode de traitement. Alors la solution du problème eût été complète, et l'honneur en eût appartenu aux anciens. Une vérité n'appartient pas à celui qui la trouve, mais à celui qui sait en voir les conséquences. Kepler et Pascal avaient deviné la gravitation universelle, et la gravitation n'en appartient pas moins à Newton (1).

3°. Que ceux dont l'humeur inquiète et jalouse aime à trouver, dans les auteurs non contemporains, et le germe et le fruit de toutes les découvertes, ne se hâtent pas de se récrier contre les par-

---

(1) Le véritable auteur d'un système, a dit Voltaire, est celui qui le démontre. Admirons la grande règle de Kepler : que les carrés des révolutions des planètes autour du soleil sont proportionnés aux cubes de leurs distances. Mais admirons encore davantage la profondeur, la justesse, l'invention du grand Newton, qui seul a découvert les raisons fondamentales de ces lois inconnues à toute l'antiquité, et qui a ouvert aux hommes un ciel nouveau. (*Dictionnaire philosophique*, art. Système.)

tisans de la réunion immédiate appliquée aux grandes opérations. Ce mode de pansement n'est point une innovation de notre siècle. Sharp, qui écrivait vers le milieu du dix-huitième, nous apprend que, depuis quatre-vingts ans environ, on avait déjà tenté de rendre les amputations moins dangereuses, en inventant une méthode de guérir la plaie par *inosculation* (1). Le premier essai de ce genre se trouve consigné dans le *Currus triumphalis terebinthinæ*, imprimé à Londres en 1679 (2).

A cette époque, on pensait qu'il était impossible d'obtenir la guérison d'un moignon avant l'exfoliation de l'os, et, par conséquent, aucun chirurgien n'aurait osé rapprocher les bords de la solution de continuité pour tenter la réunion immédiate. Cependant, James Yonge, s'élevant au dessus des idées de son siècle, ne craignit pas, quoique dans un écrit en grande partie étranger à cette matière, de manifester hautement son opinion, et d'accorder à ce mode de pansement toute la supériorité qu'il mérite. Déjà, Lowdham en avait eu la pensée; James Yonge en fait l'aveu dans son ouvrage. Mais, soit par l'effet des préjugés que souleva d'abord ce procédé opératoire, soit par celui des inconvéniens qu'il présentait (car rarement une découverte est parfaite dès son principe), l'usage de la réunion,

(1) *Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie*, page 344.

(2) *Currus triumphalis terebinthinæ sive de mirabili virtute olei terebinthinæ in sanguinis profluviis, unâ cum novâ artus amputandi ratione.*

par première intention, tomba peu à peu en désuétude, et finit même par être abandonné.

En 1765, O'Halloran revint sur l'amputation à lambeaux, et au lieu de chercher à réunir la plaie, il enseigna à la faire suppurer, pour procéder plus tard à une réunion secondaire. C'est alors que l'on vit quelques chirurgiens français et étrangers se déclarer en faveur de la réunion immédiate, et plaider leur cause avec des moyens de défense dignes d'un meilleur succès.

Que O'Halloran ait pu méconnaître assez les lois qui président à la cicatrisation des plaies pour conseiller une semblable méthode, c'est ce que l'on conçoit en se transportant à l'époque où cet auteur vivait; mais qu'après les beaux travaux des modernes sur ce sujet, on ose encore reproduire les idées anciennes, c'est ce que l'imagination même se refuse à croire. Dans l'état actuel des choses, il ne peut plus être question de recrépir un édifice ruiné jusque dans ses fondemens, il faut en élever un autre, et c'est par la base qu'il importe de commencer.

4°. Malgré les clameurs de l'antagonisme, Sharp avait essayé, depuis plusieurs années, de remettre en vigueur la réunion, et avait eu recours à la suture. Ses tentatives n'eurent pas d'abord un grand succès; s'il faut en croire quelques écrivains, Sharp aurait même fini par y renoncer (1). Toutefois, à la

---

(1) Samuel Cooper, *Dictionnaire de chirurgie*, tome Ier, page 60.

manière dont cet auteur s'exprime dans ses *Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie*, on serait tenté de croire le contraire : car, bien qu'il ne se dissimule pas les inconvéniens de son procédé, il le considère comme supérieur à tous ceux usités jusqu'à lui.

Quoi qu'il en soit, M. Samuel Cooper nous semble avoir eu tort de saisir cette occasion pour reprocher, de nos jours, à M. Hey de faire usage de la suture (1); car, outre que ce chirurgien distingué ne fait certainement pas les ligatures comme on les pratiquait du temps de Sharp, nous aimons encore à penser qu'il n'en est pas à la *suture en croix*, telle qu'on la recommandait alors. Quand on exerce sa critique sur un procédé opératoire quelconque, faudrait-il, au moins, avoir le soin de le dépeindre tel qu'il était à l'époque dont on parle, afin que s'il avait subi par la suite quelques modifications, chacun pût en tenir compte. Ainsi, c'est avec juste raison que l'on s'est élevé, dans le principe, contre la ligature des vaisseaux, et l'on aurait aujourd'hui bien mauvaise grace si l'on voulait se servir des mêmes argumens. Que dira l'auteur anglais, quand il saura que M. Delpech pratique rarement la réunion sans avoir re-

(1) Il est à regretter que M. Hey, chirurgien moderne très distingué, ait autant vanté qu'il l'a fait l'usage des sutures pour maintenir en contact les bords de la plaie après l'amputation. (*Practical Observations in surgeri*, 2e. édit., page 534) cité par Samuel Cooper, tom. Ier, page 60.

cours à la suture, et obtient les plus beaux succès?

5°. Plus tard (et à une époque que nous rapprochons à dessein de la précédente), Valentin, entraîné par l'exemple de Sharp, ou peut-être même par des motifs secrets, publia ses *Recherches critiques sur la chirurgie,* et consacra une partie de son travail à approfondir la question de la réunion immédiate; mais, au lieu de l'envisager comme on l'avait fait avant lui, il s'attacha plus spécialement à trouver un moyen propre à prévenir la saillie de l'os à la suite de l'amputation, et proposa un nouveau mode opératoire. Appliquant ensuite la position au traitement des plaies, il en fit le premier principe de la réunion, nia formellement toute espèce de rétraction secondaire dans les muscles; et combattant les erreurs d'un homme, plutôt que les erreurs du temps, il s'éloigna quelquefois du but vers lequel il aurait dû tendre. Rendons néanmoins justice à cet écrivain éclairé, et reconnaissons les services que lui doit la science. Tout le monde sait que Valentin fut l'un des premiers à s'élever contre l'usage des tentes de charpie dans le traitement des plaies pénétrantes de la poitrine, et à proclamer avec force, dans ces cas, les avantages de la méthode adhésive. Son ouvrage, quoique peu volumineux, renferme encore quelques vues neuves et piquantes, qu'il ne nous appartient pas de développer ici.

6°. Déjà, les chirurgiens anglais s'étaient aperçus que, dans les opérations où il fallait mettre à découvert de grandes surfaces, on ne conservait

pas en général assez de peau pour recouvrir la plaie. B. Bell rapporte que ce fut à Paris qu'il fit de nouveau cette observation, dont il tira depuis lors un si grand parti.

En 1772, il en fit l'application à l'amputation de la cuisse, et en obtint les résultats les plus satisfaisans. Quelques années après, plusieurs chirurgiens de Londres, d'Edimbourg et des armées de la Grande-Bretagne avaient adopté ce mode de pansement. N'oublions pas que le *Cours de chirurgie* de B. Bell ne parut qu'en 1788, alors que, neuf années auparavant, Alanson avait publié un travail assez étendu sur la réunion immédiate.

En nous élevant contre la priorité accordée à M. B. Bell, nous ne faisons que répéter ce que l'un de ses compatriotes et homonymes a écrit. Il y a plus, B. Bell semblerait faire le procès à la méthode dont il tient à passer pour l'inventeur. Il est en général avantageux, dit-il, que la réunion se fasse d'une manière lente et graduée. Lorsqu'elle est trop prompte, les bords de la plaie se renversent irrégulièrement, et on a la plus grande peine à ôter les fils qui ont servi à lier les vaisseaux: *ainsi, les moignons qui sont trois semaines ou un mois à guérir sont communément meilleurs que ceux qui guérissent beaucoup plus promptement* (1). Je partage donc *l'avis de M. O'Halloran que la réu-*

(1) *Cours de chirurgie*, traduit par Bosquillon, tome VI, pages 210 et 211.

nion immédiate ou secondaire est préférable. Elle abrège presque autant la guérison; car alors même qu'on n'applique le lambeau que vers le quatorzième jour, la cicatrice est complète avant la troisième semaine, par conséquent aussitôt que si on avait réuni tout de suite après l'opération (1).

En vérité, quand on tient ce langage, peut-on s'aveugler jusqu'au point de croire professer les vrais principes de la réunion?

7°. Au reste, ce qui prouve que ce mode de pansement dut éprouver de grands obstacles dans le principe, ce sont les termes dont se sert Alanson dans son *Manuel pratique de l'amputation des membres.* Dans cet ouvrage, imprimé à Liverpool en 1779, et traduit en français par Lassus en 1784, l'auteur reproche aux praticiens de ne pas conserver assez de peau, de couper les muscles perpendiculairement, de ne pas réunir les plaies, et d'embrasser dans l'anse des ligatures les veines, les nerfs et les parties voisines : aussi, dit-il, les spasmes, la fièvre, les suppurations abondantes, la rétraction des muscles et l'exfoliation des os sont les suites ordinaires de cette manière d'opérer. De là, Alanson en vient à conseiller un nouveau mode opératoire pour la section des muscles, et insiste beaucoup sur les avantages de la réunion. Tout ce qu'il dit à cet égard s'applique à l'amputation circulaire.

Son esprit avait été tellement frappé des dangers attachés à la méthode ancienne, qu'il donne en

---

(1) Cité par John Bell, *Traité des plaies,* page 17, en note.

commençant un résumé des observations qu'il a recueillies. Sur quarante-six amputations auxquelles il avait assisté, dix malades moururent : l'un de resserrement convulsif aux mâchoires, deux d'hémorrhagie de toute la surface du moignon, quatre de fièvre hectique et de suppuration abondante, trois de la gangrène du moignon. Dix-huit eurent des hémorrhagies de toute la surface de la plaie, et douze, d'un ou de plusieurs vaisseaux isolés. Chez la plupart, la fièvre symptomatique fut violente, les spasmes fréquens, la suppuration abondante, la surface de la plaie large; chez tous, les premiers pansemens furent douloureux. Les uns eurent une exfoliation de l'os; chez d'autres, le moignon prit la forme d'un pain de sucre ; chez quelques uns enfin, la plaie a été incurable (1).

Comment, à la vue d'un spectacle si déchirant, ne pas être frappé d'un sentiment d'horreur, et ne pas faire passer dans le cœur des autres ce qu'on éprouve si vivement soi-même? Aussi, Alanson s'est-il déclaré l'un des plus grands partisans de la méthode adhésive, et a-t-il porté la conviction dans les esprits. C'est, en effet, de cette époque que date la véritable révolution.

Outre que le chirurgien de Liverpool a insisté plus que ses devanciers sur l'efficacité de cette méthode, il a cité dans son travail un grand nombre de faits; tour à tour il a appliqué la réunion im-

---

(1) *Manuel pratique de l'amputation*, page 7.

médiate à l'amputation de la cuisse, à la désarticulation de l'épaule, à l'amputation de l'avant-bras, à l'extirpation des tumeurs squirrheuses; en un mot, il a dévoilé l'ensemble de la question, et la manière dont il a traité la partie dont il s'est occupé prouve qu'il n'était pas étranger aux autres.

8°. Enfin, en 1783, Desault amputa la cuisse à une dame, réunit la plaie par première intention, et le moignon fut cicatrisé le vingt-deuxième jour. Dès ce moment, cette méthode se répandit en France; de jeunes chirurgiens furent, en Angleterre et en Écosse, la voir mettre en pratique, et sous peu, elle fut enseignée publiquement par quelques professeurs.

Si nos relations avec l'étranger eussent continué, nous nous fussions probablement fortifiés de plus en plus dans ces doctrines, et le principe de la réunion immédiate eût été invariablement admis; mais l'orage révolutionnaire éclata, et nous nous vîmes privés presqu'à l'instant de toute espèce de communication avec nos voisins d'outre-mer. Cependant l'idée-mère avait été importée en France, et ne pouvait tarder à donner des fruits. A l'affaire mémorable de Newbourg, où il y eut environ deux mille blessés, M. Percy fit, sur le champ de bataille, quatre-vingt-douze amputations, dont trente-huit de la cuisse, trente-trois des bras, et vingt et une de la jambe. Les plaies furent toutes réunies par première intention. Les amputations avaient été pratiquées le 22 septembre; le 18 octobre, les blessés furent guéris au nombre de qua-

tre-vingt-six, et en état de recevoir eux-mêmes la gratification que le général Dessoles fut chargé de leur accorder. La guérison ne se fit donc attendre que vingt-six jours, et sur *quatre-vingt-douze amputés, il n'en mourut que six* (1).

Comparez ces résultats à ceux signalés par Alanson, et vous aurez déjà une juste idée des avantages qu'offre la réunion immédiate.

Un si bel exemple, donné à la face de l'armée du Rhin, ne pouvait que produire une vive impression chez tous les gens de l'art, et trouver un grand nombre d'imitateurs. Dès lors, on vit dans les rangs français beaucoup de chirurgiens recourir à cette méthode, et sauver un grand nombre de blessés. Mais le péril était urgent ; la France seule avait à lutter contre toute l'Europe, et il fallait donner à nos armées un nombre d'officiers de santé proportionné à leurs besoins. Cette dernière circonstance appela dans le service chirurgical des hommes dont on aime encore à louer le zèle et le courage, mais dont les connaissances ne répondaient pas chez tous à leur amour pour la gloire et pour leur pays. La voix des chefs ne put donc pas toujours se faire entendre, et les principes de la réunion immédiate furent quelquefois méconnus ou oubliés.

9°. Au moment où la France, toujours malheureuse et agitée, mais plus forte, repoussait de son territoire les débris des armées coalisées, l'un des

---

(1) *Rapport à l'Institut sur le Mémoire de M. Roux.*

chirurgiens anglais les plus célèbres, John Hunter, faisait paraître son *Traité sur le sang, l'inflammation et les plaies d'armes à feu.* Cet ouvrage, fruit de vingt années de pratique et de méditation, ne pouvait qu'être favorablement accueilli par le public; et au milieu des discussions savantes auxquelles l'auteur s'était livré, il n'avait pu se dispenser de parler de la réunion primitive. L'attention des hommes de l'art fut donc encore appelée sur cette matière.

John Hunter ne se borne pas à considérer la question sous le rapport manuel, il l'envisage sous le point de vue physiologique et médical, et se livre à ce sujet à des réflexions pleines d'intérêt. Passant ensuite aux opérations, il trace d'une main habile les cas dans lesquels la réunion est convenable, et ceux dans lesquels il la croit nuisible. Ce tableau serait encore plus parfait, si l'auteur, payant son tribut aux erreurs de son siècle, n'eût avancé que, dans l'extirpation des tumeurs cancéreuses, il était dangereux de suivre la méthode adhésive (1).

En parlant des moyens propres à seconder la réunion, John Hunter donne la préférence au bandage unissant et aux bandelettes agglutinatives, et rejette la suture : ce moyen, autrefois beaucoup employé, dit-il, est maintenant mis hors de pratique, *non par son incapacité à réunir les*

---

(1) *Traité sur le sang, l'inflammation et les plaies d'armes à feu,* tome II, page 43.

parties, mais par la manière infructueuse de la faire (1).

Si, comme nous croyons pouvoir le penser, cet écrivain a voulu dire que la suture présentait trop de difficulté pour son exécution, nous ne voyons là qu'un bien faible argument; car, en fait de procédé opératoire, il serait difficile de trouver quelque chose de plus simple et de plus aisé.

10°. A peine l'ouvrage de John Hunter avait-il paru, que John Bell fit imprimer la première édition de son *Traité sur les plaies* : c'était en 1796. L'accueil empressé que le public témoigna d'abord pour cette collection de mémoires donne déjà la mesure de l'opinion que l'on avait de l'auteur; et le sentiment que Scarpa manifesta, plus tard, sur cet ouvrage, est le plus bel éloge que l'on puisse en faire. En 1812, John Bell en donna une nouvelle édition; c'est d'après cette dernière que M. Estor, notre collègue, en transporta le dépôt dans notre langue. La littérature médicale lui saura toujours gré de cette traduction, et des notes instructives qu'il a su y joindre.

Outre les documens nombreux que renferme cet écrit sur le traitement des lésions traumatiques, John Bell a commencé son travail par un paragraphe

---

(1) On employait autrefois la suture entre-coupée ; mais actuellement on l'a abandonnée, non point parce qu'elle est impropre à réunir, mais à cause de la difficulté de l'exécuter. (Hunter, cité par Samuel Cooper, page 269.)

consacré tout entier à la réunion immédiate : il est vraiment impossible, dans un si petit nombre de pages, de dire plus de choses. C'est une mine inépuisable de faits sévèrement interprétés et toujours fécondés par le génie de l'écrivain. Jusqu'à lui, rien d'aussi complet n'avait été donné : phénomènes adhésifs et inflammatoires, moyens propres à obtenir la réunion, applications chirurgicales, tout y est traité avec la trempe d'un esprit supérieur.

11°. Tandis que la chirurgie anglaise marchait ainsi rapidement à la perfection, la chirurgie française fut un instant menacée d'éprouver un grand échec. Un homme, dont le mérite était généralement reconnu, crut apercevoir dans la méthode adhésive des dangers ignorés de ses prédécesseurs, et s'éleva de toute la force de ses moyens contre ce mode de pansement. Heureusement pour la science, ce chirurgien avait écrit ses observations avec bonne foi, et l'on trouva dans son ouvrage des matériaux plus que suffisans pour le combattre (1).

La *Clinique chirurgicale* du professeur Pelletan avait paru en 1810, et les détracteurs de la réunion par première intention commençaient à crier victoire ; mais au milieu du trouble des camps, le talent avait prospéré, et l'on comptait alors dans les armées des hommes capables de résister. Cette fois-ci, la lutte fut toute à l'avantage de la chi-

(1) *Clinique chirurgicale,* tome III, page 183.

rurgie militaire : les faits n'étaient que trop nombreux, et il fallut se rendre.

12°. Le professeur Dubois, dont les leçons savantes appelaient à cette époque un si grand nombre de chirurgiens à Paris, professant la même doctrine, contribua beaucoup à faire des partisans à la réunion. La France, couverte aujourd'hui de jeunes opérateurs formés à cette école, atteste l'excellence des principes qu'il enseignait (1).

13°. Au milieu de cette agitation, M. Maunoir aîné, l'un des chirurgiens les plus distingués de Genève, ne put résister au désir de ramener les esprits vers le bien. Au commencement de l'année 1812, il envoya à l'Institut un mémoire dans lequel il avait repris une à une les assertions de M. Pelletan. Quelques personnes crurent trouver de l'humeur là où il n'y avait et ne pouvait exister que des sentimens louables : n'importe, le trait avait été lancé par une main vigoureuse, et il atteignit son but. La réfutation du mémoire de M. Pelletan sur les amputations des membres fit sensation dans le monde chirurgical ; chacun y regarda de près, et l'on aperçut, une seconde fois, l'erreur là où l'on croyait avoir touché la vérité.

Fort de raison et d'expérience, M. Maunoir

---

(1) D'autres chirurgiens suivaient aussi en province la même méthode : Jean Viguerie, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulouse, et mort en 1802, a constamment employé la réunion. Depuis longues années, M. Moulaud, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, n'agit pas autrement.

poussa plus loin la démonstration : appelé, vers la fin de la même année, à concourir pour une chaire de professeur à la Faculté de Montpellier, il soutint les mêmes principes et parla de la réunion immédiate comme d'une chose qui lui était très familière. Déjà, il voulait qu'on l'appliquât aux amputations, à l'extirpation des tumeurs, à l'opération du trépan, à celle de la hernie (1). Il parlait même de faire paraître une Clinique chirurgicale, dans laquelle il devait prouver par des observations nombreuses les propositions qu'il avançait. Les faits qu'il a insérés dans la *Bibliothèque britannique* et dans les *Annales cliniques* de Montpellier font regretter qu'il n'ait point rempli sa promesse.

14°. De la lutte honorable dans laquelle M. Maunoir venait de s'engager, sortit un autre chirurgien dont le génie ne devait pas exercer une moindre influence sur les destinées de la réunion immédiate : le professeur Delpech, plein de savoir et d'activité, placé, dans la vigueur de l'âge, à la tête d'un enseignement clinique, fit bientôt passer dans l'esprit de ses élèves le zèle dont il était animé, et changea tout à coup, dans l'École de Montpellier, la face de la chirurgie. Dès le premier moment, il professa la doctrine de la réunion immédiate dans toute son extension, et entraîna son au-

---

(1) *Thèse du concours*, 1812, page 8 et note B.

ditoire, tant par son éloquence facile et chaleureuse, que par les nombreux succès qu'il obtint (1).

Bientôt une occasion des plus belles se présente : l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, encombré de malades arrivés de l'armée d'Espagne, était ravagé à la fois par une fièvre nosocomiale et par la pourriture d'hôpital; la presque totalité des opérés succombait aux effets dévastateurs de ce dernier fléau, et l'on cherchait à découvrir un moyen pour les y soustraire. Le professeur Delpech, dont l'esprit inventif n'aperçoit jamais les difficultés que pour leur opposer de nouvelles ressources, crut avoir trouvé dans la réunion immédiate le nœud du problème, et conçut à l'instant même l'idée d'en faire l'application. Il poussa la précaution jusqu'au point de couper les fils des ligatures tout près des vaisseaux, et de les tenir ensevelis dans le moignon. Mais il avait déjà reconnu que les bandelettes agglutinatives étaient insuffisantes pour obtenir le résultat qu'il voulait atteindre, et il chercha à en aider l'action par la suture.

Ce fait est d'autant plus important à noter pour l'histoire de l'art, que, depuis long-temps, on professait partout, du moins en France, une aversion très prononcée contre ce moyen. C'est

---

(1) C'est dans les leçons de ce professeur justement célèbre que nous avions depuis long-temps puisé l'idée-mère de notre travail. Autant nous aimons aujourd'hui à le dire, autant nous aimions alors à nous laisser émouvoir par ses brillantes improvisations.

cependant à la faveur de cette heureuse combinaison, que la plupart des amputés furent soustraits désormais à la contagion, et que l'opérateur put enfin mettre un terme à ses sollicitudes.

Ce n'était pas assez pour le zèle infatigable de ce grand chirurgien d'avoir arrêté les progrès de cette épidémie meurtrière : au milieu des scènes de deuil et de douleur qui frappaient journellement ses yeux, il eut encore assez de force morale pour étudier les caractères et les variétés de la pourriture d'hôpital, et ses divers modes de traitement. Peu de temps après, il en fit le texte d'un mémoire, qu'il envoya à l'Institut, et qui reçut l'approbation la plus flatteuse de la part de ce corps savant (1). Ce travail renferme des documens précieux non seulement sous le rapport du principe de la réunion immédiate, mais encore sous celui de la fidélité du tableau d'une maladie jusqu'alors imparfaitement décrite.

14°. Après tous ces écrits, toutes ces discussions et tous ces faits, on croirait qu'il ne devait plus exister le moindre doute sur les avantages de la méthode adhésive ; non : tandis qu'à Montpellier et dans quelques grandes villes de province la question était déjà jugée, M. Roux se plaignait à Paris de l'accueil défavorable qu'on faisait à ce mode opératoire, et en entretenait la première Société de France.

---

(1) *Mémoire sur la pourriture d'hôpital.*

Dans un Mémoire lu à l'Institut, le 21 mars 1814, ce chirurgien habile conseille la réunion par première intention dans l'amputation circulaire de la cuisse, et cite une douzaine d'observations à l'appui de ses idées. Ce travail est, sans doute, très estimable; mais il n'embrasse qu'un point de la question. En outre, l'auteur craint de réunir trop exactement la plaie, et propose de laisser l'angle inférieur béant; il veut même qu'on ne réunisse pas dans les amputations de l'avant-bras et de la jambe, et trouve des contre-indications là où d'autres ne sauraient en voir. Nous n'ignorons pas que, dans quelques uns de ses écrits postérieurs, le chirurgien de la Charité est revenu de certaines préventions qu'il avait alors; mais nous faisons en ce moment l'histoire de la réunion immédiate, et nous devons surtout tenir compte des dates. D'ailleurs, nous avons vu, l'année dernière, cet opérateur *tamponner* le moignon dans deux cas d'amputation de la cuisse, ce qui prouve que ses idées sur cette matière ne sont pas encore définitivement arrêtées.

Ce que nous nous permettons de dire à l'égard de M. Roux n'altère en rien la haute idée que nous avons conçue de ses talens opératoires, nous nous plaisons même à les proclamer; mais nos opinions sur la méthode adhésive ne concorderont que rarement avec les siennes.

15°. Certains esprits étaient toujours en suspens sur cette grande question au moment où parurent en France quelques traités de chirurgie, où il en fut encore fait mention. L'un de ceux dans les-

quels on s'en occupa le plus est celui du professeur Richerand. On peut, dit cet écrivain dans un passage relatif aux amputations, « établir en » précepte qu'il faut, dans tous les cas, tenter » la réunion immédiate de la plaie qui succède » à l'opération, lors même que diverses circons- » tances ne permettraient pas de l'espérer. Il ne » peut y avoir d'inconvéniens à recouvrir le moi- » gnon avec le lambeau des tégumeurs conser- » vés. »

Certes, voilà une ample profession de foi : le professeur Richerand est donc un des écrivains modernes qui ont le plus insisté en France sur l'utilité de ce mode de pansement ; ce n'est pas là le seul service qu'il ait rendu à la science. Mais était-il en droit, en 1821, de reprocher à MM. Maunoir et Roux d'avoir présenté, dans leurs Mémoires à l'Institut, cette méthode comme *nouvelle*, et de dire lui-même : « *Depuis plus de vingt années*, j'es- » saie *constamment* d'obtenir la réunion immédiate » dans *toutes* les amputations que je pratique, et » je réussis chez les *trois quarts* des malades *au* » *moins* (1). »

Ouvrez la première édition de l'ouvrage du professeur de Paris, publiée en 1805, et vous y lirez à l'article *Amputation* : « Malgré la difficulté d'obte- » nir la réunion immédiate après l'amputation des

(1) *Nosographie chirurgicale*, 5e. édit., tome IV, page 499.

» membres, les chirurgiens anglais l'essaient et
» l'obtiennent fréquemment. Le professeur Dubois
» suit, à Paris, cette méthode avec non moins de
» succès. Quant à moi, ajoute M. Richerand, dans
» le nombre assez considérable d'amputations que
» j'ai faites, *je ne l'ai suivie qu'une seule fois, et la*
» *réunion ne s'est opérée que dans une partie de la*
» *surface du moignon; dans tous les autres, j'ai*
» *suivi la méthode ordinaire* (1). »

Si nous avions pu confronter toutes les éditions que l'auteur a données de sa *Nosographie*, nous serions parvenu peut-être à saisir les modifications et les nuances qu'il a fait successivement subir à ses idées; cependant il n'en sera pas moins démontré pour tout le monde qu'en 1821 M. Richerand ne pratiquait pas la réunion immédiate *depuis plus de vingt ans.*

En effet, à cette époque, cette manière de panser les plaies n'était pas encore très répandue; le langage que tenait, dans un temps encore plus rapproché du nôtre, le professeur Sabatier en est une preuve sans réplique. « J'ai plusieurs fois, disait-il
» en 1810, essayé la manière d'amputer et de panser
» des Anglais; je n'ai jamais pu parvenir à en
» faire des plaies simples. J'ignore si mes confrères
» ont été plus heureux (2). » Tout le monde connaît

(1) *Nosographie chirurgicale*, 1re. édit., tome III, page 426.
(2) *Médecine opératoire*, 2e. édit., tome III, page 371.

la vaste érudition qu'avait l'auteur de la *Médecine opératoire*.

16°. Deux ans après, M. Léveillé publia sa *Doctrine chirurgicale*. Quoique parlant d'une manière favorable de la réunion, il lui échappa par intervalles quelques mots qui annoncent aujourd'hui que les phénomènes réparateurs de cet ordre ne lui étaient pas entièrement connus. Tantôt, il considère l'inflammation suppurative comme indispensable pour la cicatrisation; tantôt, il conseille de poser préalablement sur la surface de la plaie un léger gâteau de charpie (1).

Son ouvrage n'en est pas moins écrit dans un très bon esprit. Semé de vues neuves et judicieuses, il renferme surtout un grand nombre d'applications médicales. A cet égard, il eût dû servir de modèle à plusieurs traités généraux, publiés depuis lors.

17°. Enfin, dans ces dernières années, M. Boyer, dont la réputation est européenne, offrant au public son dernier volume des *Maladies chirurgicales*, parla aussi de la réunion ; mais, au lieu de se prononcer en faveur de ce moyen, comme on avait tout lieu de l'attendre, l'opinion qu'il a manifestée a été contraire, et est venue de nouveau compliquer la question. Il est certain, dit-il, que, dans quelques cas, la plaie peut se réunir sans suppurer, et que la guérison est complète en vingt ou

---

(1) *Doctrine chirurgicale,* tome IV, pages 553 et 554.

vingt-cinq jours, quelquefois même plus tôt; *mais ces cas sont extrêmement rares ; le plus souvent la plaie suppure dans une partie de son étendue, et la guérison n'est pas plus prompte que lorsqu'on a rempli la plaie de charpie, quelquefois même elle est beaucoup plus longue* (1). Contentons-nous pour le moment d'avoir cité le texte, et soumettons-le à la réflexion de nos lecteurs; plus tard, nous discuterons les faits.

18°. Si l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande et les États-Unis ont su apprécier de bonne heure les avantages de la réunion immédiate, la France n'a pas été la seule à lui opposer ses préjugés et ses passions. L'un des chirurgiens les plus estimables de l'Italie, et que la mort a trop tôt enlevé à la science, Monteggia, doutait encore, quelques années avant sa mort, de l'efficacité de ce mode de pansement, et parlait de ses résultats comme d'une chose presque imaginaire (2). Ainsi, Nannoni, rapportant un cas d'amputation de l'avant-bras, où la plaie, quoique réunie par première intention, suppura beaucoup, et disant : « *Cosa che segue in tutte le ferite di questa* » *natura*, Monteggia ajoute : *Quest' asserzione,* » *non ostante le promesse degli Inglesi, è ben di* » *rado smentita.* »

Eh bien! tandis que ces chirurgiens se déclaraient contre la réunion primitive, ou doutaient encore de son efficacité, Assalani, publiant sous

---

(1) *Maladies chirurgicales,* tome XI, pages 162 et 163.

(2) *Istituzioni di chirurgia,* tome V, page 328, 2e. éd., 1814.

le titre modeste de *Manuel de chirurgie* le résumé de ses idées sur cette partie de l'art de guérir, disait en commençant son travail : « Toutes les plaies » et blessures des parties molles produites par des » instrumens tranchans, depuis la piqûre faite à » une veine pour obtenir quelques onces de sang, » jusqu'à l'incision faite à l'utérus pour en extraire » le fœtus, doivent être réunies par première in- » tention (1). »

Ainsi donc, en Italie, le dogme de la réunion, après avoir trouvé des détracteurs et des partisans, a fini par être adopté. Ucelli et Andreini à Florence, Vaccà et Regnoli à Pise, Scarpa et Volpi à Pavie; Atti, Venturoli et Cavarà à Bologne en ont fait, tour à tour, usage, et en retirent tous les jours de nouveaux succès.

19°. Quant à ce qui concerne les chirurgiens du Nord, il paraîtrait que la réunion immédiate est aussi chez eux en grande vénération. Ce que rapporte le fils de M. Koch, à propos de la méthode suivie par son père, semblait même faire penser que, depuis longues années, ce mode de pansement est usité dans ce pays (2). Langenbeck et Graefe n'agissent pas autrement.

Au reste, personne n'ignore avec quel avantage les Allemands, généralement laborieux et érudits, s'occupent des sciences médicales et naturelles. Il se-

---

(1) *Manuale di chirurgia,* discorso primo, 1812.

(2) *Journal des progrès des sciences médicales,* 1827, vol. IIIe, page 126.

rait même à désirer que l'on enrichît encore notre littérature de quelques uns de leurs ouvrages. Assez long-temps les nations ont cherché, quoique souvent en vain, à se transmettre les produits mutuels de leur industrie, le moment est venu où les savans doivent penser à échanger leurs connaissances. Dans le siècle de Louis XIV, on a vu une république littéraire établie peu à peu dans l'Europe entière, malgré les guerres et l'influence des idées religieuses; elle était surtout animée par Leibnitz. Pourquoi n'en ferait-on pas autant pour les sciences, aujourd'hui que les relations sont devenues si faciles, et qu'il ne règne plus les mêmes préjugés (1)? Quel moyen plus sûr et plus puissant pour mettre en jeu cette souveraineté latente de l'esprit des masses, qui agit sans cesse, et se développe continuellement, cette conspiration solennelle de toutes les intelligences, source commune où doit

(1) Au moment de livrer notre travail à l'impression, nous apprenons, par la voie des journaux, que les savans d'Allemagne, dans le but de faire un échange amical de connaissances, d'exciter parmi eux une noble émulation, et de travailler de concert au perfectionnement des sciences, s'assemblent toutes les années dans une des principales villes de leur Empire. La réunion a eu lieu cette année (1829) à Heidelberg. C'est pour la première fois que des médecins et des naturalistes français assistaient à ce congrès scientifique. L'accueil distingué que leur ont fait les médecins allemands ne peut que les engager à l'avenir à participer à leurs travaux et à cultiver des rapports qui effacent les divisions nationales pour un but en face duquel *il n'y a plus rien d'étranger*. (*Revue médicale*, novembre 1829.)

puiser le génie, soit qu'il s'agisse de perfectionner le monde social ou d'agrandir le monde intellectuel ?

20°. Tel est le résumé des documens que nous avons pu rassembler sur l'histoire de la réunion immédiate : sans avoir la prétention d'épuiser la matière, valait-il encore mieux se livrer à cet essai, que de dire, à l'instar de quelques écrivains, que cette découverte n'appartient à personne, et d'en fixer vaguement l'origine vers le milieu du siècle dernier.

Quoi qu'il en soit, on devra toujours distinguer, dans la série des faits qui s'y rattachent, trois périodes bien distinctes : la première a rapport à la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies, et semble remonter à l'antiquité la plus reculée ; la seconde, moins ancienne et relative aux amputations, marque une époque mémorable dans les annales de l'art ; la troisième appartient surtout à notre siècle, embrasse presque toutes les opérations, et constitue l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. « La réunion immédiate, dit John Bell, a fait faire plus de progrès » à la chirurgie, et surtout à l'art des opérations, » qu'aucune découverte. »

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Parmi les travaux auxquels la nature se livre pour seconder les efforts de l'art, les phénomènes relatifs aux solutions de continuité ne sont pas les moins importans à approfondir ; mais comment se livrer à cette étude avec avantage, alors que l'on avait des idées si fausses sur la cicatrisation ? Il en est de la chirurgie comme de la médecine : ce n'est point en contrariant les vœux de la nature que l'on obtient des résultats avantageux, c'est en la suivant pas à pas dans sa marche, c'est en imitant avec soin ses procédés. Heureux les médecins et les malades, si toujours elle nous initiait à ses secrets !

ARTICLE PREMIER.

1°. DE LA RÉUNION IMMÉDIATE.

A. Tout tissu qui a été divisé tend à l'adhésion : c'est une loi de l'économie, loi de conservation, que l'on peut appeler, dit le professeur Cruveilhier, *loi d'intégrité, loi de restauration*, et qui devient *loi de reproduction* dans les espèces inférieures (1).

Tantôt, il suffit d'affronter les bords de la plaie

(1) *Dictionnaire de médecine pratique*, art. Adhérence, page 318.

pour arriver à ce but, et l'on dit alors qu'il y a *réunion par première intention, réunion immédiate, ou bien cicatrisation par adhérence*, pour parler le langage de quelques écrivains; tantôt, au contraire, l'inflammation s'empare de la surface de la blessure, la suppuration s'ensuit, et les lèvres de la solution de continuité ne se trouvent en contact qu'après un certain temps. Ce second mode de réunion est connu sous le nom de *réunion consécutive, réunion médiate, cicatrisation par granulation.*

Si la plupart de ces dénominations existent déjà depuis long-temps, il était réservé aux modernes de mieux en préciser la valeur. C'est aux travaux de Hunter que nous sommes encore ici redevables en grande partie des faits les plus instructifs et les plus saillans. Commençons par une grande question.

B. L'inflammation préside-t-elle toujours à l'accomplissement des phénomènes adhésifs? Ce serait vouloir torturer les faits que de répondre par l'affirmative : ce qu'il y a de plus surprenant à cet égard, c'est que Hunter, dont on a souvent invoqué et les principes et l'autorité, n'a jamais tenu un semblable langage. « Lorsque le premier moyen » d'union est perdu, dit cet auteur, il se fait une » opération secondaire pour en produire un nou- » veau, et ce moyen est l'inflammation; si celui- » ci se perd, il s'en fait un troisième à l'aide des » granulations (1). » Bientôt nous nous explique-

(1) *Traité sur le sang,* tome II, page 35.

rons sur l'idée que Hunter attache au premier mode d'union des plaies.

Supposons pour un instant une solution de continuité faite par un instrument tranchant et située dans un lieu favorable au rapprochement des bords: si rien ne vient entraver la nature dans ses opérations, nous verrons quelquefois l'adhésion se faire sans aucun travail inflammatoire apparent.

Que s'est-il passé dans cette circonstance? Les lèvres et la surface de la blessure ont laissé exsuder une matière plastique qui s'est rapidement organisée, et a servi à réunir toutes ces parties entre elles : cette matière est celle qui vient imprégner les pièces d'appareil quelques heures après l'opération, et les colle si fortement les unes aux autres.

Lorsque la réunion immédiate se fait dès les premiers momens, ce n'est donc pas sous l'influence de l'inflammation qu'elle a lieu. Cette dernière n'a pas eu le temps de naître, et sa présence ne se manifeste par aucun symptôme. Il y a eu simple effusion de sucs organiques par les bouches ouvertes des vaisseaux coupés. Ces sucs n'avaient besoin que du repos pour passer à l'état concret; et cette condition vient de leur être fournie par le traumatisme. C'est un phénomène du même ordre que celui qui unit l'œuf à l'utérus, et qui n'est certainement pas inflammatoire, malgré l'analogie de son produit, si bien vue par Hunter (1).

Une division récente, dit John Bell, se consolide

---

(1) *Leçons de chirurgie du professeur Delpech.*

en vertu d'une propriété absolument semblable à celle qui, dans l'état normal, préside à la nutrition et à l'accroissement des parties : dès l'instant que l'adhésion commence, il se fait une circulation régulière des sucs nutritifs, en sorte qu'il n'y a ni phlegmasie, ni douleur, etc... (1).

En voyant de grandes déchirures, de grands lambeaux de chair se consolider sans produire ni douleur ni fièvre, ni aucun des symptômes du procédé inflammatoire, ajoute M. Maunoir, n'est-il pas à présumer que le recollement des parties musculaires divisées, mais réunies à l'instant, s'opère simplement par le suintement et l'épaississement de la lymphe coagulable (2) ?

Le fait que nous signalons a donc été observé déjà par plusieurs auteurs.

Après vingt-quatre heures, la membrane qui provient de cette exsudation est blanche, aréolaire; au bout de quarante-huit, et quelquefois plus tôt, elle est déjà pénétrée de sang, qui suinte de toutes parts et en assez grande abondance lorsqu'on écarte les lèvres de la plaie. Le troisième ou quatrième jour, elle est encore plus solide et plus vasculaire. Après cinq à six, elle est souvent telle-

---

(1) *Traité des plaies*, par John Bell, page 37.

(2) Maunoir, *Mémoire sur les amputations*, page 51.

L'idée du mode de réunion par simple adhésion n'est pas née de nos jours : *Frequenter enim vidimus, cum integrum crus, brachiumve abscissum esset, coaluisse tamen vulnus antequàm inflammatio aboriretur.* (Adversus Erasistrateos, caput VI, Galien.)

ment bien organisée, qu'il faut pour la diviser la même violence que pour déchirer des parties saines ; il est même douteux, dit le professeur Cruveilhier, si la déchirure ne porte pas sur les parties voisines. Ce fait n'a rien d'étonnant si l'on se rappelle combien il est rare que les os déjà fracturés se rompent dans le point correspondant à la formation du cal.

En hasardant cette opinion sur l'adhérence primitive des parties récemment lésées, nous savons que quelques écrivains modernes, et notamment M. Thompson, ont refusé à la lymphe qui circule dans nos organes la faculté de se coaguler sans une modification préalable de la part des vaisseaux qui la fournissent (1); nous avouerons même que les rai-

---

(1) *Traité de l'inflammation,* pages 217 et 218.

MM. Roche et Sanson croient aussi que l'irritation est nécessaire pour l'organisation de la membrane. Selon ces auteurs, le travail par lequel l'adhésion s'opère est des plus simples : aussitôt que les parties sont divisées, il commence à s'opérer un suintement lymphatique sur toutes les surfaces de la lésion. Comme l'écoulement du sang, ce suintement de fluides blancs est dû à la section des vaisseaux des tissus et à celle des tissus eux-mêmes. Lorsque les surfaces lésées sont mises en contact, cette lymphe s'étend nécessairement en nappe entre les deux lèvres de la lésion, et, sortie qu'elle est de ses conduits naturels et pour ainsi dire du domaine de la vie, elle ne tarde pas à se coaguler ; mais l'irritation s'empare bientôt de la partie, ou plutôt, déjà douloureuse et irritée par le seul fait de la lésion, son irritation s'accroît rapidement, la vitalité y augmente, et la couche de lymphe coagulée prend promptement les caractères d'une membrane. Cette membrane est d'abord molle, elle aggl-

sons alléguées par cet auteur nous avaient d'abord entraîné. Mais, en y réfléchissant, nous avons cru nous apercevoir que l'on avait mis en fait ce qui est en question, et qu'au lieu de prouver l'existence constante de la phlogose là où il y a réunion, on s'était livré à une série de suppositions desquelles on avait conclu que ces deux actes étaient inséparables. Nous aussi, nous entrevoyons bien la possibilité d'une modification imprimée à la lymphe, pour opérer les phénomènes qui résultent de son effusion; mais nous ne voudrions pas garantir que cette modification provienne toujours de la même cause.

L'inflammation sera-t-elle donc désormais le seul instrument que la nature ait à sa disposition; et pourquoi les phénomènes conservateurs de l'économie dériveraient-ils inévitablement de la même source que les scènes de destruction? Arrêtons-nous là où l'observation ne peut plus nous servir

---

tine faiblement les surfaces de la lésion, et il est même facile de l'en détacher; mais elle s'organise avec rapidité, elle devient bientôt celluleuse et enfin fibreuse, et rétablit par une adhésion solide la continuité qui avait été interrompue. Au bout d'un certain temps, cette membrane disparaît et ne laisse plus apercevoir à sa surface cutanée qu'une ligne plus ou moins prononcée, suivant que la réunion a été plus ou moins parfaite. Plusieurs auteurs donnent au liquide ainsi épanché à la surface de la lésion le nom de lymphe coagulable, et au travail qui s'opère dans la partie celui d'inflammation adhésive; ce qui tendrait à faire croire que le liquide et le travail qui l'organise sont d'une nature particulière. C'est évidemment une double erreur. (*Nouveaux élémens de pathologie,* tome II, page 594.)

de guide, et ne substituons jamais le coloris de nos opinions à l'expression sévère des faits. Assez long-temps les sciences ont été empreintes d'une teinte par trop conjecturale, imprimons-leur enfin un caractère positif.

Ce premier mode d'adhésion, quelle qu'en soit la source, est, sans contredit, le type de la méthode adhésive, et cependant il n'y a pas *réunion immédiate* dans toute la force du terme (1). En effet, il est aujourd'hui bien reconnu que la cicatrisation des plaies ne se fait jamais qu'à l'aide d'une production membraneuse intermédiaire. Il n'existe pas plus de véritable réunion qu'il y a de reproduction de chairs dans les solutions de continuité avec perte de substance. Ce sont là deux erreurs dont le temps a fait également justice.

Or, si l'adhésion primitive des parties peut s'opérer par l'extravasation seule des sucs nutritifs, on sentira déjà combien est peu fondée l'opinion de ceux qui prétendent que, pour produire ce résultat, il faut affronter soigneusement la peau à la peau, les muscles aux muscles, etc. On ne peut assurément disconvenir que ces précautions ne soient utiles; mais si elles étaient

(1) Nous ne nous servons du mot *réunion immédiate* que parce qu'il est ancien, connu et adopté. Qu'importe la dénomination quand sa valeur est bien déterminée? Plût à Dieu que l'on pût, dans le langage médical, employer les termes algébriques! on aurait moins à s'occuper des mots, et l'on étudierait beaucoup mieux les choses. Si la manie de faire des néologismes dure encore quelques années, bientôt il n'y aura plus moyen de s'entendre.

indispensables, on n'eût pas obtenu la réunion primitive dans beaucoup de cas où elle a été observée.

Enfin, si l'on admet la possibilité du mode adhésif par simple exsudation, il s'ensuivrait que la présence des pseudo-membranes ne serait plus une preuve irrévocable de l'existence de la phlogose. Cette opinion, quoique très paradoxale, et donnant matière à plus d'une objection, met donc en doute un problème dont on croyait avoir trouvé la solution : aussi la soumettons-nous à l'examen des hommes de l'art. Nous nous contenterons d'avoir noté le fait, que d'autres cherchent à l'expliquer.

C. L'adhésion qui, dans quelques circonstances, rares à la vérité, semble n'être que la continuation d'un acte physiologique, peut encore provenir d'une autre source. Mais alors les phénomènes qui en résultent deviennent un peu plus compliqués, et quoique la constitution s'en ressente à peine, on pourrait dire, à la rigueur, qu'il y a eu inflammation. Il est même étonnant que la plaie ne suppure pas dans quelques points, surtout à la suite des amputations ou de toute autre opération majeure. La douleur que cause la section des parties molles, l'impression prolongée du contact de l'air, l'action répétée de l'éponge destinée à absterger le sang, la présence des fils nécessaires pour les ligatures, la tendance qu'ont les os à se nécroser, les efforts qu'il a fallu faire pour rapprocher la peau, enfin la presque impossibilité d'obtenir

l'immobilité complète du moignon, sont tout autant de causes qui doivent s'opposer jusqu'à un certain point à la réunion. Rarement on observe ces succès presque merveilleux dont on a tant parlé, et d'après lesquels il résulterait que deux ou trois jours ont suffi pour obtenir la cicatrisation complète d'un moignon.

Pour nous, qui écrivons, non dans l'intérêt de nos opinions, mais dans celui de l'art, nous avouerons que, dans une période de douze ans et sur plus de deux cents amputations, nous n'avons jamais observé rien de semblable. Ce que nous avons recueilli de plus extraordinaire en ce genre est le cas d'un soldat blessé à Waterloo, auquel il fallut, plusieurs années après, amputer la jambe, et qui guérit dans l'espace de neuf jours. Le quatorzième, il sortit de l'hôpital, et put partir pour se rendre dans son pays natal. M. Besdor, chirurgien en chef à l'hôpital de Troyes, qui depuis long-temps pratique la réunion immédiate avec avantage, a rapporté aussi l'exemple d'un paysan auquel il amputa l'avant-bras, chez lequel la guérison eut lieu dès le cinquième jour (1).

Nous avons encore été témoin d'une amputation du bras faite par le professeur Lallemand, et suivie d'un succès presque aussi prompt. Mais qu'il y a loin de cette amputation à celle de la jambe! Au reste, si la méthode adhésive réussissait d'une ma-

(1) *Clinique des hôpitaux,* 9 avril 1829.

nière aussi complète toutes les fois qu'on la tente, la chirurgie serait un art divin.

D. Quoique la présence du pus s'oppose en général à la réunion, il ne faudrait pas se persuader que la nature ne puisse jamais triompher de cet obstacle. Quand tout semble donner l'idée d'une adhérence immédiate, dit le professeur Delpech, il survient, quelque temps après, des phénomènes qui prouvent qu'il y a eu quelque chose de plus. Tantôt, à la suite de l'opération de la hernie, tantôt après l'amputation d'un membre, on voit se manifester consécutivement des corrugations irrégulières qui déforment la cicatrice que l'on avait obtenue d'abord. Si les circonstances permettent de constater ce qui se passe pendant ces changemens de forme, on acquiert la certitude que la réunion n'avait réussi que dans certains points et que, dans une multitude d'autres, la suppuration avait eu lieu, de manière cependant à ne pas dépasser la capacité absorbante des vaisseaux correspondans (1). Ne voit-on pas tous les jours des abcès, même assez étendus, disparaître par la voie seule de l'absorption ?

E. Dans l'étude de l'influence respective des causes qui président à la réunion, John Hunter a fait jouer le plus grand rôle à l'inflammation dite *adhésive*, il serait même difficile de ne pas être de son avis. Mais il n'en reconnaît pas moins une autre espèce d'adhésion à l'aide d'un peu de sang épanché entre les

---

(1) *Clinique chirurgicale de Montpellier,* tome II, page 392.

lèvres de la plaie; et c'est là ce qu'il nomme son *premier mode d'union.* « Le sang étant vivant, disait cet écrivain, ce *médium unissant* devient une partie de nous-même, et les parties n'en étant pas offensées, il n'en résulte pas d'irritation. Les particules rouges sont absorbées, et il ne reste que la lymphe coagulante, laquelle, étant le vrai moyen d'union vivant, *devient ensuite vasculaire, nerveuse*, etc. (1).

Thompson, qui, dans son excellent *Traité sur l'inflammation*, a abordé cette question, ne paraît pas disposé à la résoudre de la même manière : il pense que l'interposition d'une couche de sang, quelque légère qu'elle soit, doit nuire à la réunion. Selon lui, le sang épanché entre les surfaces divisées se coagule, et forme alors un centre apparent de réunion. La lymphe coagulable que fait épancher l'inflammation adhésive peut bien d'abord ne pas détacher le sang des surfaces divisées; mais ce dernier doit être préalablement éloigné comme corps étranger ou disparaître par l'absorption, avant que l'adhérence réelle puisse avoir lieu (2).

S'il en est ainsi (chose que nous ne voudrions pas affirmer), faudra-t-il, au moins, admettre que l'épanchement d'une petite quantité de sang n'est pas un très grand obstacle à la réunion, soit que les vaisseaux absorbans s'en emparent, soit que le chirurgien lui donne issue. Wardrop raconte, à ce

---

(1) *Traité sur l'inflammation, le sang*, etc., tome II, page 30.
(2) *Traité sur l'inflammation*, page 215.

sujet, le cas d'une cavité considérable à la partie interne et antérieure de la cuisse, provenant de la rupture de la saphène, occasionée par le passage d'une charrette. Le sang s'étant écoulé, les parois de la cavité adhérèrent sans suppurer. Hévin dit aussi être parvenu, dans un cas à peu près semblable, à obtenir la réunion chez un vieillard qui portait une énorme tumeur sanguine, produite par la chute d'un arbre sur les reins, et occupant, depuis quinze mois, toute la région lombaire.

Puisque la nature secondée par l'art a tant de pouvoir pour la guérison de ces épanchemens, pourquoi n'étendrait-elle pas sa toute-puissance sur ceux qui succèdent aux amputations ? Quelle différence y a-t-il entre ces diverses lésions ? Les unes et les autres ne proviennent-elles pas de l'action des agens extérieurs, et pour quel motif les mêmes moyens de solution ne leur seraient-ils pas applicables? Accoutumons-nous à rapprocher les faits, à les comparer sous tous les aspects, et travaillons à l'avenir sur de larges bases. Suivons l'exemple du célèbre John Hunter, qui, jugeant autant que possible des maladies internes par les maladies externes, rapprocha fort heureusement les épanchemens sanguins des attaques d'apoplexie, et comparait la conduite des médecins qui, dans la paralysie, s'obstinent à employer les cordiaux et les excitans, à ceux qui, dans une plaie avec déchirure des muscles de l'avant-bras, s'efforceraient, pour rappeler les mouvemens des doigts, de les couvrir de topi-

ques stimulans. Cette remarque est d'autant plus précieuse dans la bouche de cet écrivain que, tout en reconnaissant l'existence des hémorrhagies cérébrales dans l'apoplexie, il avoue qu'il n'a point trouvé d'épanchement chez un malade mort avec des symptômes *d'affection goutteuse.*

En citant ces faits, nous ne voulons pas insinuer qu'il faille toujours juger des maladies internes par les maladies externes, car il en est qui n'ont entre elles aucun point de contact; mais nous croyons exprimer une grande vérité, en disant que l'on n'a pas en général assez profité des matériaux d'instruction que l'on eût pu puiser dans la marche, les modes de traitement, et les terminaisons des lésions physiques. Que l'on ne vienne donc pas répéter que l'union de la chirurgie à la médecine a été nuisible aux progrès de l'art de guérir : le règne de ces idées est passé.

F. Tous les momens ne sont pas également propices pour tenter la réunion, le plus tôt est toujours le mieux : telle est du moins l'opinion de Hunter. En effet, le contact prolongé de l'air à la surface des plaies ne peut être que nuisible. Outre qu'il occasione toujours un peu d'irritation, son action ne peut-elle pas aussi anéantir la vie dans l'albumine organisable qui s'épanche? Jusqu'à quel point cette matière, quoique déjà très animalisée, est-elle susceptible de résister à l'influence des lois générales de la physique?

G. Toutes ces réflexions nous amènent cepen-

dant à conclure que l'adhésion primitive, considérée dans son acception la plus rigoureuse, est l'un des actes les plus simples de la nature (1). Quoi qu'en dise John Bell, qui sous ce rapport a moins bien observé que John Hunter, le mauvais état de la constitution n'influe en général que peu sur le défaut de succès de ce mode de pansement. On a vu dans les armées des soldats atteints du vice vénérien être soumis à l'amputation d'un membre et la réunion immédiate avoir lieu comme d'ordinaire. Ne rencontre-t-on pas journellement dans les hôpitaux des individus saturés de scrofules, et chez lesquels on arrive aux mêmes résultats; tandis que les soins les plus assidus ne sauraient suffire pour procurer la cicatrisation d'une très petite plaie en voie de suppuration ?

Ce contraste ne s'observe-t-il pas aussi sur des sujets dévorés depuis long-temps par des dartres et soumis à une opération quelconque? Dernièrement, nous examinions à l'hôpital Saint-Louis un malade opéré de la rhinoplastique, depuis plus de quatre ans, par M. Delpech, et chez lequel les ulcérations de la face n'étaient pas encore guéries. Le docteur Massabiau, dans sa *Thèse sur la réunion immédiate*, nous fournit un exemple d'une amputation de la jambe, faite sur un malade atteint récemment de scorbut, et suivie néanmoins d'une

(1) Nous faisons abstraction en ce moment des soins particuliers qu'exige le pansement, pour ne parler que de ce qui est du ressort de la nature.

guérison rapide. L'opération avait été pratiquée par le docteur Pourché.

Examinez ce qui se passe dans un hôpital en proie à la pourriture : d'un côté, les plaies qui suppurent subissent l'influence funeste de l'épidémie ; de l'autre, et parfois dans le même lit, une solution de continuité, même très étendue, mais réunie par première intention, marche à grands pas vers la cicatrisation. Enfin, le fait le plus concluant que l'on puisse citer en faveur du peu de soin que coûte à la nature le travail de la réunion est le suivant.

Première observation.

Fracture comminutive de l'avant-bras. — Amputation. — Mort quinze heures après. — Réunion partielle des parties molles entre elles et avec l'organe médullaire de l'humérus.

Dans l'explosion d'une mine que le Corps royal du génie, en garnison à Montpellier, fit partir le 19 septembre 1826, une pièce de bois, ayant été lancée avec force, vint fracasser l'avant-bras à l'un des spectateurs : le blessé fut sur-le-champ apporté à l'hôpital, et le désordre jugé tel, qu'on en vint à l'instant, mais trop vite, à l'amputation. La plaie fut réunie par première intention au moyen des bandelettes et des points de suture ; quinze heures après, le malade n'était plus.

A l'autopsie, tous les assistans purent constater que déjà la réunion avait eu le temps de se faire non seulement sur divers points des tégumens, mais encore entre les muscles profonds et la sur-

face correspondante de l'organe médullaire. Cependant, en poursuivant l'examen du cadavre, nous trouvâmes une fracture de la douzième vertèbre dorsale et des trois premières lombaires, celle de plusieurs côtes, une déchirure au foie et une attrition complète du rein droit.

Si, malgré tous ces désordres pathologiques et dans un aussi court espace de temps, la nature a été assez puissante pour opérer la réunion d'une grande partie de la plaie, quelle ne sera pas l'étendue de son pouvoir dans des cas où rien ne la trouble dans sa marche (1)? La réunion immédiate a donc l'avantage de réduire les blessures les plus graves à leur plus grand état de simplicité, et de les soustraire en quelque sorte à l'influence de l'organisme. Ce n'est pas que nous n'admettions que, toutes choses égales, la réunion se fasse mieux chez les personnes dont la constitution n'est entachée d'aucun vice; mais nous aimons à rapporter ces faits pour répondre aux chirurgiens qui prétendent expliquer les mauvais effets qu'ils retirent de la réunion primitive, par l'état de dé-

---

(1) Dans des expériences faites sur les animaux, afin de déterminer la période à laquelle se formait d'abord cette lymphe, j'en ai trouvé une couche très distincte répandue sur les blessures quatre heures après; mais peut-être chez l'homme un plus long temps est-il nécessaire pour former cette substance. Le fait de Home prouve du moins qu'après vingt-quatre heures la chose peut avoir lieu. (Thompson, *De l'inflammation*, pages 210 et 212.

gradation où se trouvent les blessés qu'ils reçoivent dans leurs salles.

Les observations que nous aurons à leur opposer n'ont pas été prises sur des malades choisis, presque toutes ont été recueillies dans les hôpitaux; et nous devons à cet égard faire observer que les infortunés qui se rendent dans ceux de la province sont souvent dans un état maladif aussi avancé que ceux qui affluent dans les hôpitaux de Paris. Là où les dépenses sont plus grandes, le besoin devient de plus en plus pressant, et celui qui manque déjà de tout sent bientôt la nécessité d'invoquer la charité publique. En outre, à la capitale, il n'existe pas cette honte mal fondée qui empêche un fils ou les parens du malade d'envoyer ce dernier à l'hôpital, alors que leurs moyens ne leur permettent pas même de leur donner les secours nécessaires. En province, beaucoup de malheureux n'arrivent dans les asiles ouverts à l'indigence que pour y rendre le dernier soupir; à Paris, c'est souvent la misère qui les y pousse.

Chacun concevra maintenant pourquoi la mortalité est si faible chez les soldats, et si grande chez les personnes du sexe : en résumant un tableau statistique que nous avons fait à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, depuis le 1er. janvier 1817 jusqu'au 1er. janvier 1827, nous trouvons que *sur vingt mille six cent quatre-vingt-quatre militaires, il n'en est mort que cinq cent quarante-deux ; tandis que sur dix mille deux cent quatre-vingt-quatre*

bourgeois, six cent quatre-vingt-onze ont succombé, c'est à dire plus du double. Quant aux femmes, sur deux mille trois cent trois, il en est mort trois cent trente-sept ; ce qui est bien plus extraordinaire encore.

Voilà, soit dit en passant, des circonstances auxquelles on n'a pas toujours porté une attention suffisante dans les tableaux comparatifs que l'on a faits du mouvement et de la mortalité dans les hôpitaux civils et militaires, dans ceux de Paris et des autres villes du royaume (1).

H. Quoique les moyens artificiels dont nous faisons usage pour obtenir la réunion servent à mettre en évidence le pouvoir de la chirurgie, on ne peut s'empêcher de reconnaître combien les ressources de la nature sont au dessus de celles de l'art. Comparez les phénomènes qui se passent dans les plaies avec solution de continuité aux tégumens, à ceux que l'on observe dans celles où l'enveloppe cutanée a été respectée, et vous verrez déjà une grande différence; rappelez-vous les désordres que suppose la luxation du coude, par exemple, et voyez avec quelle admirable facilité tout guérit.

N'est-ce pas à la faveur des adhésions primitives qui s'établissent entre les membranes séreuses, que la nature met aussi un terme à l'inflammation de la plèvre? C'est un spectacle bien digne d'exciter notre

---

(1) Voyez le tableau placé à la fin de l'ouvrage.

intérêt et nos méditations, que celui de cette membrane, sur laquelle on trouve quelquefois des milliers de filamens celluleux. Ces adhérences servent souvent à limiter l'inflammation, et peuvent, au besoin, prévenir les conséquences funestes d'une plaie pénétrante de la poitrine, ou favoriser l'issue d'une collection purulente déjà formée.

Parmi les faits de ce genre que nous avons pu rassembler, nous ne pouvons résister au désir de rappeler celui d'un jeune militaire qui vint à l'hôpital Saint-Eloi avec un abcès volumineux situé derrière le bord interne de l'omoplate, simulant assez bien un abcès symptomatique d'une lésion organique du rachis.

Dans le principe, l'abcès fut ouvert à plusieurs reprises par une ouverture étroite, et peu à peu la cavité purulente s'effaça. Plus tard, le malade revint à l'hôpital pour la même cause, et cette fois les piqûres faites avec le bistouri ne se réunirent pas. On vit alors éclater quelques symptômes fébriles.

Le professeur Delpech, chargé de donner ses soins au malade, croyant d'abord pouvoir rapporter les phénomènes pyrétiques à la stagnation du pus dans le foyer, jugea à propos d'agrandir une des ouvertures fistuleuses; mais, dès cet instant, de nouveaux symptômes parurent, et le malade fut pris d'une inflammation pulmonaire des plus intenses.

Cet événement imprévu réveille l'attention du chirurgien : on examine les choses de plus près;

on cherche à se rendre mieux compte de ce que l'on observe. On note la gêne de la respiration, la couleur vultueuse de la face, l'expectoration d'une grande quantité de pus parfaitement analogue à celui qui sort par l'ouverture de l'abcès; on applique le stéthoscope. Ici, on reconnaît le râle muqueux; là, une hépatisation déjà avancée; à la partie supérieure et postérieure du poumon droit, on entend la pectoriloquie. Enfin, en appliquant la main sur l'omoplate et faisant tousser le malade, on s'aperçoit que l'air pénètre dans le foyer. Dès lors il est clair qu'il existe une communication directe entre l'abcès extérieur et le tissu pulmonaire. Mais il n'était plus temps, et le malade n'avait que quelques heures à vivre.

A l'autopsie, on découvrit une vaste caverne creusée dans le lobe supérieur du poumon droit, des adhérences très fortes entre les deux feuillets correspondans de la plèvre, et des traces bien manifestes d'une inflammation récente. Le pus sorti à travers le deuxième espace intercostal avait fusé sous l'omoplate, et était venu se ramasser sur les côtés de la colonne épinière.

Réflexions. Ce fait, quoique très malheureux, démontre combien les adhérences partielles de la plèvre eussent pu être avantageuses dans ce cas; il nous apprend aussi à remonter avec soin à l'origine du mal, et à ne rien négliger pour parvenir à faire un bon diagnostic. En effet, l'état dans lequel était le poumon prouva que le malade venait de succomber à une pneumonie, suite de la

pénétration de l'air dans le foyer pulmonaire. Telle fut, du reste, l'opinion du professeur Delpech, qui, loin de chercher à cacher sa méprise, en fit le texte d'une leçon clinique pleine de savoir et d'instruction.

I. Ce qui se passe à la surface des plèvres peut aussi avoir lieu sur le péritoine : la facilité avec laquelle les deux feuillets de cette membrane adhèrent l'un à l'autre n'est-elle pour rien dans la rareté des épanchemens dans la cavité abdominale ? C'est un grand pas de fait pour la science que de savoir que les collections purulentes formées dans ces parties ont les plus grands points de contact avec les abcès ordinaires. Tout récemment encore, on désespérait de la vie des malades chez lesquels les péritonites se terminaient par suppuration. Aujourd'hui, quelques individus guérissent, et si l'on étudiait encore mieux l'ensemble des phénomènes adhésifs, le nombre en serait probablement plus grand.

J. Il n'est pas jusqu'à l'opération de l'hydrocèle par injection, dont les résultats définitifs ne se rattachent à l'adhésion mutuelle des parties enflammées. Le liquide irritant que l'on pousse dans la tunique vaginale a pour objet de donner naissance à une production albumineuse qui doit servir à confondre les deux feuillets de la membrane. Dès les premiers jours, il est facile de reconnaître la présence d'une matière à demi liquide, dont la consistance augmente peu à peu, à mesure que le volume de la tumeur diminue. Gardons-nous

donc de chercher à expliquer le gonflement du scrotum par l'engorgement du testicule; ce n'est pas lui qui se tuméfie à la suite de l'opération de l'hydrocèle, la chose est même peu commune à l'occasion des engorgemens dits testiculaires. L'inflammation de la propre substance de cet organe est une maladie plus rare qu'on ne pense.

K. Les membranes synoviales, qui, sous tant de rapports, ressemblent aux séreuses, jouissent encore de la faculté de contracter des adhérences; cependant, quoique l'on ait en général considéré ce mode de terminaison comme une chose heureuse à la suite des tumeurs blanches, nous nous permettrons, à cet égard, quelques réflexions.

1°. L'immobilité à laquelle on conseille de condamner le membre est une chose fort utile dans ces maladies; mais pour en retirer tout le fruit possible, il faut savoir en proportionner la durée à l'intensité de la douleur. Il est, dans les ankyloses commençantes, un moment où il est permis d'essayer quelques mouvemens, d'abord faibles, ensuite plus étendus, mais toujours gradués. Renoncez à l'appareil extensif, si le malade souffre; mais revenez à son emploi. C'est en se conduisant ainsi, et graduant tour à tour la flexion et l'extension à l'aide d'une gouttière brisée, que l'on a pu souvent rétablir la rectitude et la mobilité d'un membre chez des individus que bien des chirurgiens eussent abandonnés (1).

---

(1) En nous servant ici du mot *ankylose*, on doit voir

2°. Quelle que soit la manière dont nous concevions l'ankylose, sachons qu'elle ne peut rien par elle-même sur la marche des fungus articulaires. Puisqu'il n'est malheureusement que trop vrai que les lésions organiques qui constituent ces maladies peuvent prendre naissance dans la propre substance des os, quelle influence l'ankylose pourrait-elle exercer sur leur progrès? Quand on a dit que les malades chez lesquels il survenait une ankylose guérissaient plus facilement, on a exprimé une vérité de fait; mais on en a donné une fausse explication. Ce n'est point parce que l'ankylose a lieu, que le malade guérit; le plus souvent, cette terminaison s'annonce quand le mal touche à son terme. D'une autre part, l'idée d'une ankylose future faisant sentir plus que jamais le besoin du repos, l'immobilité complète du membre donne une chance de plus de guérison. Enfin, ne confondons pas les tumeurs blanches avec les phlegmasies de la synoviale, ni sous le rapport de leur nature, ni sous celui de l'emploi des moyens extensifs. Dans les unes, ce ne serait pas assez que d'obtenir l'ankylose, dans les autres, ce mode de solution est souvent tout ce que l'on peut attendre.

L. Les adhérences que peuvent contracter les membranes synoviales ne sont pas les seules susceptibles de céder à l'action des appareils mécaniques et d'acquérir un certain degré d'allongement.

---

qu'il n'est question que de l'ankylose dite fausse, et non de celle qui résulte de la fusion des surfaces articulaires.

Parmi celles que l'on rencontre dans les cavités splanchniques, il en est beaucoup qui présentent assez de laxité pour ne pas gêner les fonctions de l'organe auquel elles correspondent.

C'est en se basant sur ces données diverses que le professeur Delpech conçut le projet de faire la section du tendon d'Achille chez un jeune enfant présentant un raccourcissement congénital de cet organe.

Ayant déjà maintes fois reconnu, dans les lésions physiques, que les deux bouts du tendon ne se réunissaient qu'à l'aide d'un corps intermédiaire, il pensa qu'en exerçant des tractions ménagées sur ce dernier, il pourrait parvenir à lui donner plus de longueur, et à rendre par là au pied sa position normale. En effet, ce plan opératoire fut mis à exécution, et couronné d'un plein succès (1). Nous avons vu nous-même le malade.

M. N'allons pas inférer de là que l'on pût agir de la même manière sur toutes les cicatrices : ainsi, celui qui croirait triompher par ce moyen des difformités qui résultent de la suppuration des plaies avec perte de substance, et notamment de celles par brûlure, serait dans une grande erreur. Quoique, dans ce cas comme dans le précédent, il y ait création d'une production organique (car il n'existe pas de cicatrice sans cette condition), le tissu dont elle se compose jouit d'une force de crispa-

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier,* tome Ier., page 177.

tion telle que rien ne peut la surmonter. Bientôt, nous donnerons la raison de ce phénomène morbide, aussi curieux qu'instructif à examiner.

Après avoir émis quelques idées sur les phénomènes relatifs à la réunion immédiate et les effets qui en proviennent, ajoutons quelques mots sur la réunion secondaire et sur les moyens que la nature emploie pour la produire. Ces détails deviennent indispensables pour bien saisir ce que nous aurons à dire dans la suite.

ARTICLE II.

DE LA RÉUNION MÉDIATE OU SECONDAIRE.

Par le fait, il existe moins de différence entre ce mode d'union et le précédent, qu'on ne pourrait le supposer au premier abord. Déjà, Bichat, dont le génie répandait la clarté sur tous les objets qui l'occupaient, avait reconnu à la surface des plaies qui suppurent une pseudo-membrane qui s'opposait au passage de l'air insufflé, à l'écoulement d'un liquide infiltré, et dont le simple dessèchement semblait lui rendre compte de la formation des cicatrices; mais il n'avait pas saisi le rapport constant de ce mode d'organisation et de la sécrétion du pus.

M. Léveillé, profitant de ces premières remarques, revint sur ce sujet, et expliqua par là *l'unité* de la matière purulente, malgré la très grande différence des organes en voie de suppuration. Enfin, M. Delpech, prenant l'observation clinique pour guide, avait rassemblé dans son esprit un grand nombre

de faits, lorsqu'il en vit jaillir, comme par un trait de lumière, une doctrine tout entière sur la formation des cicatrices. Les faits qui s'y rapportent sont extrêmement nombreux, et les applications pratiques très importantes. On y trouve la clef d'une foule d'observations jusqu'alors inexplicables (1).

N. Au lieu de considérer le pus comme fourni par les bourgeons charnus, M. Delpech le présente comme le résultat d'une sécrétion particulière de la part d'une membrane développée à l'occasion de la phlogose, et à laquelle il a donné le nom de membrane puogénique (2). Quoique l'existence de

---

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier,* tome II, page 353.

(2) La démonstration de l'identité du pus est entière, indubitable. Or, l'identité du pus est un fait physiologique des plus remarquables. Le logicien ignorant l'anatomie auquel on ferait remarquer l'identité générale de l'urine ne pourrait s'empêcher de conclure qu'un organe spécial doit présider à la formation de cette humeur. Il est difficile de ne pas conclure aussi qu'un organe distinct est chargé par la nature de la sécrétion et de la combinaison des matériaux qui doivent composer le pus. Si la constitution des organes n'est pas changée par l'inflammation et ramenée dans tous à un même élément anatomique, il serait impossible qu'une sécrétion fournie tour à tour par tant de tissus divers ne présentât pas de prodigieuses différences. Il nous paraît surabondamment démontré que les sacs de nouvelle formation qui renferment le pus en sont la source. (*Mémorial des hôpitaux du Midi,* n°. 8, pages 391 et 392.)

Ces idées, quoique en opposition avec celles émises jusqu'à ce jour, valent, ce nous semble, la peine d'être examinées. Ne

cette dernière ni ses fonctions ne soient pas toujours également faciles à constater, il est un très grand nombre de cas où la chose est possible. La surface tout entière des voies alimentaires en a été trouvée couverte. Quelques auteurs anglais s'accordent même à dire que plusieurs des rétrécissemens des intestins et de l'urètre ne reconnaissent pas d'autre cause. Si le fait est jamais bien démontré, on pourrait par là se rendre compte de quelques unes des différences observées dans les résultats obtenus par la méthode de Ducamp.

N'est-ce pas encore ainsi que l'on peut expliquer la présence ou l'absence des kystes autour des masses tuberculeuses? Tant que ces dernières sont à l'état de crudité, elles sont plus ou moins distinctes des parties au milieu desquelles on les trouve; mais dès le moment où elles tombent en fonte, on les voit enveloppées d'une poche pseudo-membraneuse qui fournit le pus destiné à en éliminer les débris. C'est surtout dans le foie que nous avons pu vérifier l'exactitude de cette remarque, et distinguer par là les tubercules récens des petits abcès que l'on rencontre si souvent dans le parenchyme de cet organe.. La couleur que présente le tissu hépatique sur les limites du mal peut aussi aider à faire ces distinctions.

---

s'est-on donc pas traîné assez long-temps sur ces théories, toutes plus dégoûtantes les unes que les autres, relatives à la puogénie?

Ce qui semble autoriser à penser que les fausses membranes pourraient bien avoir plus de part à la secrétion du pus qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, c'est qu'il est bien établi qu'au dessous d'elles on rencontre les parties dans l'état normal. Rappelons-nous ce qui a eu lieu à la surface des plèvres ou du péritoine, et nous ne dirons plus, comme autrefois, que, dans la pleurésie et la péritonite, les séreuses s'épaississent : *plus on y regardera avec soin, plus on sera forcé de reconnaître que le tissu de ces membranes n'a éprouvé aucune altération; leur cavité est cependant remplie de pus....*

O. Après avoir cherché à constater l'existence et les fonctions de l'organe puogénique, il a fallu le suivre dans ses modes de développement et jusqu'à son entière maturité. Or, c'est en se livrant à cette étude que le professeur Delpech s'est aperçu que ce même organe, parvenu à un certain degré, jouissait d'une force de crispation indéfinie, et travaillait avec une activité toujours croissante au rapprochement des bords des solutions de continuité. En même temps, il s'est assuré qu'à mesure que la plaie touchait à sa cicatrisation, ce tissu, d'abord membraneux et pulpeux, acquérait une densité considérable, et finissait par passer à l'état fibreux. Pour l'aspect, il a de la ressemblance avec les muscles de certains reptiles, ceux des batraciens, par exemple ; pour la consistance, il peut être comparé aux ligamens articulaires les plus forts. Les fibres en sont disposées en tous les sens, ne jouissent que de peu d'extensibilité, et ne gar-

dent jamais l'allongement que l'extension leur a fait subir.

Il est digne de remarque que ce tissu fibreux pénètre quelquefois à une très grande profondeur, et soit qu'il provienne du racornissement de la membrane puogénique, soit qu'il ait été formé en partie par la transformation des tissus subjacens, on le trouve partout où il y a eu suppuration; le fait est incontestable.

Le tissu cellulaire qui était lâche et pénétré de vaisseaux, dit Bichat, devient dense, serré, et ne jouit plus de l'extensibilité qui lui était propre: ses mailles, qui renfermaient de petits flocons graisseux, n'existent plus, ce qui établit une ligne de démarcation entre les parties qui sont cicatrisées et et celles qui n'ont pas souffert de solution de continuité. Si ce tissu mérite le nom de cellulaire, il doit être distingué de celui qui l'entoure. « Qu'est-ce que ce tissu, si ce n'est le tissu *inodulaire?* »

P. Si les idées que nous venons d'exposer nous ont séduit, c'est moins parce qu'elles appartiennent à notre premier maître, que parce qu'elles ouvrent un nouveau champ à la thérapeutique. Déjà, en 1825, au moment où nous rédigions à la hâte quelques questions de chirurgie pour nous présenter au concours de l'agrégation, nous avions embrassé cette doctrine : alors, on eût pu nous taxer peut-être de porter un jugement un peu précipité. Mais aujourd'hui, que nous avons vu dans plusieurs hôpitaux de province, et surtout à Paris, un grand nombre de faits de ce genre, notre opinion ne peut

plus être considérée comme telle. S'il nous a paru quelquefois entrevoir des modifications que l'on pourrait introduire dans les applications, nous n'en tenons que plus au principe (1).

Q. Tout le monde devrait connaître (et beaucoup de chirurgiens ne l'ont jamais lue) cette observation de M. A. Petit, où il s'agit d'une brûlure produite par un acide, et de laquelle il résulta une adhérence de la face profonde de la paupière supérieure avec le globe de l'œil (2). Trois fois, le malade fut soumis à une opération aussi difficile que douloureuse; trois fois les adhérences se reproduisirent. Malgré ce triple revers, M. A. Petit ne crut pas devoir considérer ce cas comme au dessus des ressources de l'art. Cependant si, au lieu de l'envisager d'une manière isolée, ce chirurgien célèbre eût cherché à le comparer à quelques autres, il fût assurément arrivé à d'autres conséquences, et eût connu la raison de son insuccès. Il aurait vu que dans les cas où il y a simple coalition de surface à surface, la guérison est possible; tandis que quand il y a eu perte de substance, les moyens de l'art sont toujours inefficaces.

Les observations seules et détachées ne suffisent donc pas pour constituer la science : il faut encore

---

(1) Voyez, pour les détails, le beau Mémoire du professeur Delpech sur quelques phénomènes de l'inflammation, ouvrage cité.

(2) *Observations de clinique*, page 181.

que, de temps à autre, des hommes doués d'un coup-d'œil supérieur s'occupent à rassembler les faits, et à leur assigner leur véritable place. Mais pour que l'exécution soit bonne, il faut que tout l'édifice repose sur la base, que rien n'en dépasse les limites, et que, depuis la partie culminante jusqu'à la plus déclive, depuis la plus petite jusqu'à la plus grande, tout se lie à un même système.

R. Que de faits non interprétés jusqu'à présent et dont on trouve l'explication dans la théorie des *inodules!* Comment concevoir, par exemple, la densité et la forme presque constante que prend le lambeau du nez dans la rhinoplastique sans avoir recours à l'action de ce tissu fibreux? Comment dire pourquoi les cautérisations de l'urètre effacent si facilement les coarctations ordinaires, tandisque celles qui résultent d'une cicatrice établie sur la longueur de ce canal résistent si souvent à leur emploi? Comment fonder quelque espoir de succès sur la cautérisation d'une fistule vagino-vésicale ou autre? Comment, enfin, expliquer l'efficacité du feu contre le trichiasis, celle de l'excision de la conjonctive contre le renversement des paupières?

Ces explications diverses, que nous ne pouvons qu'énoncer ici, acquerront, dans un autre travail, toute la clarté dont elles sont susceptibles, par les preuves nouvelles sur lesquelles elles seront appuyées. Les principes d'où elles découlent sont ceux d'une doctrine fondée sur l'examen comparatif de l'u-

niversalité des faits. Or, les théories qui proviennent de cette source ne peuvent jamais nous égarer, puisqu'elles ne vont pas plus loin que l'observation, ou plutôt puisqu'elles ne sont que l'observation réduite à ses termes les plus simples.

CHAPITRE III.

CONDITIONS NÉCESSAIRES AU SUCCÈS DE LA RÉUNION.

Les principes qui se rattachent à ce point de notre travail sont d'autant plus importans à signaler, que nous pensons que la plupart des inconvéniens que l'on a attribués à la réunion immédiate ne proviennent que de l'oubli ou de la fausse application de quelques unes des conditions que nous allons exposer.

Quant à ce qui concerne les solutions de continuité ordinaires, nous nous dispenserons d'en parler, attendu que nous ne pourrions guère que répéter ce qui est écrit dans tous les livres. Il n'en est pas de même des règles relatives aux amputations ou aux grandes opérations : là, nous nous verrons obligé souvent de nous élever contre des opinions que le temps semble avoir sanctionnées, mais au sujet desquelles la raison et l'expérience doivent enfin secouer le joug du préjugé.

ARTICLE PREMIER.

MOYENS LOCAUX.

Section de la peau.

1°. L'un des soins les plus indispensables au succès de la réunion consiste à ménager, autant que

possible, les tégumens, et à donner aux incisions la forme la plus favorable au rapprochement des bords.

Ce n'est pas sans étonnement que, dans l'un des hôpitaux de la capitale où l'on se piquait encore naguère de suivre la méthode adhésive, nous avons vu sacrifier la totalité de la peau qui recouvrait une tumeur au sein, quoiqu'elle fût entièrement saine. Qu'en est-il résulté ? Au lieu d'obtenir une prompte réunion, il a fallu une période de quarante jours pour faire cicatriser une plaie que l'on eût pu guérir dans un espace de temps bien plus court; et peu de temps après la levée du premier appareil, la surface de la solution de continuité était déjà frappée de pourriture d'hôpital. Toutefois, cette dernière n'a été que très légère, et a cédé à quelques applications de chlorure de calcium. La pourriture d'hôpital ne peut donc pas être regardée comme la cause de la lenteur de la cicatrisation. D'ailleurs, la conduite que l'on a tenue n'aurait-elle que l'inconvénient d'exposer les plaies à ce genre de complication, ce motif serait plus que suffisant pour nous autoriser à nous récrier contre elle. Nous reviendrons sur ce point.

2°. Le précepte dont nous cherchons à faire ressortir l'utilité est bien plus précieux encore quand la peau que l'on doit sacrifier recouvre quelque organe essentiel. Se douterait-on que, parce qu'une tumeur cancéreuse s'est développée dans les alentours du sein, *il faille amputer à la fois le mamelon et une partie ou la totalité de la glande*

mammaire, sous le vain prétexte que c'est par les canaux lactifères que l'infection cancéreuse a lieu? C'est cependant ce que nous avons entendu dire et ce que nous avons vu faire, comme si la glande mammaire et le mamelon étaient des organes superflus, et que la cicatrice qui doit résulter de cette horrible mutilation ne fût rien pour les personnes du sexe.

Disons, pour donner encore plus de force à notre remarque, que l'une des malades, alors âgée de trente-trois ans, racontait que sa tumeur, quoique peu volumineuse, existait depuis long-temps, et que sa présence ne l'avait jamais empêchée de donner le sein à son enfant. Enfin, chez les trois femmes que nous avons observées, le cancer était nettement circonscrit, bien distinct de la glande mammaire, sans altération aux tégumens, et sans engorgement aucun aux ganglions axillaires.

Voilà l'expression littérale des faits, nous nous dispenserons à dessein d'en déduire aucune conséquence.

3°. Dernièrement encore, nous voyions un opérateur du premier mérite sacrifier une partie des tégumens dans un cas de résection du premier métacarpien, et nous nous demandions dans le silence le motif de sa conduite. Tandis que nous sommes si avares de sacrifices pour toutes les autres parties du corps, pourquoi emporter aussi légèrement l'organe que la nature a précisément destiné à protéger tous les autres?

Que ceux qui se conduisent de la sorte n'allè-

guent point qu'en opérant ainsi les tumeurs cancéreuses, on évite la récidive de la maladie. Nous avons vu d'autres praticiens sacrifier, sans aucune espèce de ménagement, les tégumens, le tissu cellulaire, les muscles même au milieu desquels le cancer avait pris naissance, et le cancer ne s'en est pas moins reproduit. Nous avons recueilli également beaucoup de cas dans lesquels on a eu soin de conserver toute la portion de peau encore saine, et nous pouvons certifier qu'il n'en est jamais résulté rien de fâcheux.

Ce n'est pas que nous ayons la prétention de croire par là mettre les malades à l'abri de la reproduction du cancer; cependant nous pensons que s'il est un moyen capable de retarder cet événement, celui que nous proposons a de grands avantages sur l'autre. Faire cicatriser au plus tôt une solution de continuité provenant de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse, c'est enlever au mal l'arme la plus redoutable dont il puisse se servir pour manifester son existence. Si le cancer jouit de la funeste faculté de se reproduire dans le lieu primitif de son origine, c'est moins parce qu'on ne l'a pas enlevé en totalité, que parce qu'il existe dans l'organisme une disposition en vertu de laquelle la maladie peut éclater d'un instant à l'autre. Comment expliquer autrement sa reproduction dans les poumons ou dans le bas-ventre, à la suite de l'amputation d'un membre, par exemple?

4°. M. Roux, parlant de l'amputation circulaire de la cuisse, a prétendu qu'au lieu de disséquer la peau, il valait mieux se contenter de couper les filamens celluleux qui la font adhérer aux muscles. « Il y aurait à craindre, dit-il, que la dis-
» section, portée trop loin, ne nuisît à la réunion.
» Alors, ajoute-t-il, la face profonde de la peau
» sera en rapport avec des parties dont la texture
» n'est pas la même, et la réunion ne pourra plus
» se faire. »

En effet, si la peau était de beaucoup exubérante, cette circonstance pourrait nuire au succès de l'opération ; mais ne faut-il pas tenir compte de l'élasticité et de la contractilité des tégumens? D'une autre part, supposons un malade dont les muscles soient très développés, ou chez lequel la peau adhère accidentellement aux os ou aux parties molles : si, dans ce cas, on se contentait de suivre le conseil donné par M. Roux, il est clair, qu'à moins d'exercer une traction considérable sur les tégumens, ceux-ci ne pourraient guère recouvrir la totalité du moignon. De là, la contusion, l'inflammation, et par suite le défaut de réunion.

Ce n'est pas par des raisonnemens, mais par des faits qu'il faut répondre à une objection toute pratique : disons donc que sur près de cinquante amputations de la cuisse que nous avons vu faire, et pour lesquelles on a constamment disséqué la peau dans l'étendue d'un ou de deux travers de

doigt selon le besoin, nous n'avons jamais observé les inconvéniens dont parle M. Roux (1).

Nous pourrions en dire autant au sujet de presque toutes les opérations. Disséquer et conserver les tégumens de manière à recouvrir toujours les surfaces saignantes, est pour M. Delpech un principe qu'il s'efforce d'inculquer dans l'esprit de tous ceux qui suivent ses leçons cliniques. « A cette seule condition, dit-il, on peut se » permettre de tenter de grandes entreprises chi- » rurgicales, et nous renoncerions plutôt à l'exer- » cice de notre art qu'à l'observation stricte de ce » précepte. »

Dans combien de cas cet opérateur, amputant des cancers très étendus, n'est-il pas parvenu, en disséquant les parties molles encore saines, et les faisant marcher à la rencontre les unes des autres, à obtenir la réunion immédiate ! Alors même qu'il a fallu pratiquer la résection de la mâchoire inférieure, a-t-il jamais manqué de peau pour fermer la plaie ? Non : dire qu'il a été quelquefois assez heureux pour obtenir une cicatrisation aussi prompte que dans l'opération du bec-de-lièvre, c'est faire assez sentir tous les avantages de cette méthode.

---

(1) Langenbeck, l'un des plus habiles opérateurs de l'Europe, dissèque les tégumens dans l'étendue d'environ un pouce. (*Bibl für die chir.*, B. I, page 567.)

La plupart des chirurgiens de Londres suivent cette méthode. (*Dictionnaire de chirurgie*, par Samuel Cooper, art. AMPUTATION, page 65.)

5°. En traitant des préceptes relatifs à la section de la peau, ce serait ici le cas de parler des modifications que doit introduire dans le procédé opératoire la présence ou le voisinage d'une ou de plusieurs cicatrices. Cet article, quoique très limité en apparence, pourrait même fournir matière à des discussions fort étendues. Mais bornons-nous, pour le moment, à rappeler que les tégumens qui se trouvent dans ces conditions ne supportent que difficilement l'élan inflammatoire, et ne se prêtent qu'avec peine à la réunion. Souvent on est réduit à en faire le sacrifice.

6°. Toutes les parties de la peau n'ont pas la même aptitude à se réunir : il en est dont la ténuité extrême les expose à la mortification, tandis qu'on en voit d'autres dans l'épaisseur desquelles le système vasculaire, répandu en grande quantité, leur donne un plus haut degré de vitalité. Qui ne sait que les plaies de la face et celles de la peau du crâne se réunissent avec plus de facilité que les solutions de continuité des autres parties du corps? En outre, il est des portions de tégumens communs, qui, se trouvant dans des rapports encore plus intimes avec quelques rameaux artériels, leur empruntent de nouveaux matériaux d'existence, et se prêtent d'autant plus facilement à la réunion. Cette remarque n'a pas, en général, assez frappé les praticiens qui ont eu à s'occuper des greffes animales. Douze fois, l'opération de la rhinoplastique a pu être tentée en notre présence, sans que les mortifications du lambeau s'en soient jamais suivies; l'opé-

ration avait été faite d'après la méthode indienne. Au contraire, le lambeau a été pris deux fois, aux dépens de la peau du bras, et deux fois la gangrène en est résultée. Eh bien ! la seule cause de cette différence tient à ce que la peau de cette dernière région n'a que le système capillaire pour fournir à ses besoins, tandis qu'en détachant celle du front entre les sourcils, on est sûr d'avoir dans l'épaisseur du lambeau deux troncs artériels fort importans.

Cette disposition anatomique ne se présentant que rarement, et les tégumens ne recevant le plus souvent leur nutrition que des parties subjacentes, il est donc prudent, dans tous les cas, de ne pas trop les isoler du tissu cellulaire qui les double. Cette précaution est surtout utile chez les sujets dont la blancheur et la laxité de l'organe cutané annoncent un défaut d'activité dans l'hématose.

Section des muscles.

7°. Quoiqu'il soit reconnu que les organes musculaires divisés ne s'affrontent jamais d'une manière immédiate, ce serait tirer de ce fait une bien fausse conséquence, que de supposer les muscles impropres à se prêter au mode adhésif; car (nous l'avons déjà dit en commençant), en invoquant ce moyen, il s'agit moins d'affronter bout à bout les parties lésées, que de les réunir à la faveur d'une substance intermédiaire. N'oublions pas non plus, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, que lorsqu'un moignon se trouve formé par une grande

quantité de parties molles, l'adhésion est en général plus difficile; ne considérons donc pas la maigreur d'un membre comme un motif pour exclure toute tentative de réunion.

8°. Ne consentez jamais à couper en travers les fibres musculaires, que dans les cas d'une impérieuse nécessité. Par là, vous aurez d'un côté l'avantage de favoriser la réunion des lèvres de la plaie, et de l'autre celui de conserver aux organes de la locomotion toute leur intégrité. Faire des coupes régulières et éviter les contusions et les déchirures sont deux précautions qu'il est indispensable de prendre pour arriver au but que nous signalons.

9°. Il est une autre circonstance dont il faut aussi tenir compte dans l'appréciation des moyens capables de s'opposer à la réunion, c'est la présence d'un grand nombre de tendons ou de portions aponévrotiques à la surface des solutions de continuité. Outre qu'en raison de leur texture, quelques uns de ces organes peuvent être frappés de mort par l'effet même de la phlogose, il en est qui, se trouvant enveloppés d'une gaîne séreuse, donnent lieu à des fusées purulentes dans la longueur des membres, et entravent ainsi le succès des opérations les mieux conçues et les mieux exécutées. C'est dans ces dispositions anatomiques, que nous croyons avoir trouvé la source des difficultés que l'on éprouve quelquefois pour obtenir la réunion immédiate, soit à la suite de l'amputation dans l'articulation radio-carpienne, soit à

l'occasion de l'amputation partielle du pied. Et cependant, combien la réunion immédiate n'est-elle pas préférable, même dans ces cas, à la réunion secondaire? Ceux qui se sont le plus élevés contre la méthode adhésive sont forcés d'en convenir; s'ils ne le disaient pas, leurs actions démentiraient leurs paroles.

10°. Les connaissances anatomico-pathologiques peuvent encore être de quelque utilité par rapport au mode de pansement dont il s'agit : par exemple, si l'on part de cette idée, que les lésions organiques, telles que le cancer, les kystes, les lipomes, sont comme articulées par *méningose* avec les organes au milieu desquels on les trouve, et que l'on procède avec soin à leur dissection, on arrive couche par couche jusque sur leur point de jonction avec les parties voisines, et l'on parvient à les isoler avec la plus grande facilité. De là, presque pas de vaisseaux ouverts, fort peu de ligatures à faire, et par suite plus de chances de succès pour la réunion. Nous avons assisté à une opération faite d'après cette méthode, dans laquelle M. Delpech fut obligé de mettre à découvert la veine jugulaire interne, la carotide primitive, le nerf de la huitième paire, la veine et l'artère sous-clavières, et une partie du plexus brachial : quinze jours suffirent pour obtenir la cicatrisation de cette énorme plaie. Eût on obtenu ce résultat s'il eût fallu disséquer la tumeur à la pointe du bistouri?

Quand nous comparons cette manière simple et sûre d'opérer à celle que suivent encore quelques

praticiens des plus distingués, nous nous croyons obligé de nous demander pourquoi ils agissent de la sorte, et nous en trouvons la raison dans l'idée qu'ils se forment de la nature des lésions organiques. Toutes ces maladies ne sont pour eux que l'effet d'une *dégénérescence*, de *l'action perversive* du *vice vénérien, dartreux, ou autre;* en un mot, ce sont les organes primitifs arrivés par une série de transformations successives à leur plus haut degré d'altération. Il n'est donc pas étonnant qu'ils ne songent pas même à suivre le mode opératoire en question. D'après leur manière de voir, ces tissus anormaux sont censés se trouver dans une continuité parfaite avec les tissus primitifs.

Mais quant à l'exemple des hommes les plus versés dans l'étude des lésions organiques, on considère le cancer comme un organe nouveau, formé de toute pièce au milieu des tissus primordiaux: ce mode opératoire n'est plus alors qu'une heureuse application d'un fait d'anatomie pathologique. Toutefois, avouons que les tumeurs ne sont pas toutes également circonscrites, et qu'il en est dont l'*énucléation* devient excessivement difficile.

Section des os.

11°. Le peu de vitalité dont jouissent les os, relativement aux parties molles, a pu, dans quelques cas, s'opposer en partie à l'adhésion mutuelle de ces organes. Mais, outre que cet obstacle n'est pas insurmontable (comme nous le prouverons par la

suite), rappelons-nous qu'il est une époque de la vie où les os renferment une plus grande quantité de matière organique, et résistent parconséquent davantage à la nécrose. C'est là une des raisons pour lesquelles la réunion réussit généralement beaucoup mieux chez les enfans et les adultes que chez les vieillards.

Cette remarque a conduit, plus tard, les praticiens à reconnaître qu'il n'était pas indifférent pour l'amputation de la jambe de faire tomber la section sur la diaphyse du tibia ou tout près de l'extrémité articulaire de cet os. En effet, l'anatomie nous dit que, dans cette région, la substance spongieuse s'y trouve en grande quantité, et les faits pathologiques nous apprennent que cette partie du tibia est moins exposée à être frappée de mort.

La direction que l'on donne à la section de l'os peut aussi contribuer pour beaucoup au succès de la réunion. Dans les amputations de la cuisse, dit M. Gensoul, il faut, pour prévenir l'irritation que produit le bout du fémur, entraîné constamment en haut par la contraction du psoas et des iliaques, diriger le trait de scie obliquement en bas de manière à couper un peu plus de la partie antérieure du fémur que de la partie postérieure. Par ce moyen, la partie de l'os qui appuie contre la chair se trouve légèrement émoussée et les irrite beaucoup moins.

M. Gensoul donne encore le même conseil par rapport à l'amputation de la jambe : il veut que l'on

coupe le tibia dans le même sens que le fémur, et qu'en outre on fasse la section du péronée à un demi-pouce ou trois quarts de pouce au dessus. Alors, dit-il, on réunit la plaie comme s'il n'y avait qu'un seul os.

12°. A propos de la section des os, disons, à notre tour, que les chirurgiens n'attachent pas assez d'importance à faire usage d'une bonne scie. On ne se persuade pas assez l'influence que le choix de cet instrument peut avoir sur le sort ultérieur de la portion d'os laissée à nu.

Il serait presque superflu d'ajouter que le membre doit être confié à un aide qui le soutienne de façon à ce que la coupe de l'os soit nette et sans esquilles; car, après l'ablation du membre, les parties molles devant être refoulées en dedans du repli formé par la peau, il serait à craindre que la plus petite aspérité ne devînt une source continuelle d'irritation.

13°. Pratique-t-on toujours la section de l'os assez loin des parties malades? C'est là une question à laquelle il n'est point inutile de répondre. Faute d'y avoir regardé d'assez près, nous avons vu survenir des accidens que l'on eût pu rapporter d'abord à la réunion, et surtout à la suture, si l'examen des parties, après la mort, n'eût fait connaître la vraie cause du mal. Nous ne dirons que deux mots d'une amputation partielle du pied où, malgré tous les moyens mis en usage pour obtenir la réunion primitive, on vit le lambeau plantaire s'en-

flammer, des fusées purulentes s'établir dans toute l'étendue de la jambe, et le malade succomber aux suites de la suppuration.

On disséqua le membre, et l'on trouva l'astragale et le calcanéum profondément altérés dans leur épaisseur. Quelques portions de leurs surfaces articulaires conservaient encore une partie de leurs cartilages, et présentaient une apparence d'intégrité; mais la pression la plus légère suffit pour détruire ces organes de revêtement, et laissa alors apercevoir le tissu de l'os dans cet état que l'on désigne vaguement sous celui de *carie*, et dont la plupart des chirurgiens parlent pertinemment sans se douter de l'ignorance où nous sommes sur ce point d'anatomie pathologique.

Ce que nous venons de dire à l'égard des lésions organiques, nous le dirons à propos des lésions physiques : si, dans le cas d'une fracture comminutive, on n'ampute le membre à une certaine distance de la blessure, on s'expose à laisser dans le moignon quelque portion d'os déjà nécrosée, dont la présence ne peut qu'entraver la guérison.

14°. On a dit, dans ces derniers temps, que, dans les amputations dans la contiguité des os, il fallait détruire la membrane synoviale, afin de prévenir les fistules qui pourraient résulter de l'écoulement continuel de la synovie. Sans vouloir préjuger les inconvéniens qui pourraient résulter d'une semblable manœuvre, nous pouvons affirmer que nous avons vu pratiquer toutes les désarticulations possibles, même celle de la cuisse, sans que jamais

l'écoulement de l'humeur synoviale ait été assez considérable pour inquiéter l'opérateur ni le malade. D'ailleurs, pourquoi les synoviales, dont la structure se rapproche tant de celle des séreuses, ne pourraient-elles pas se prêter à la réunion? Cette idée, que nous présentons ici à dessein sous forme dubitative, équivaut aujourd'hui pour nous à une démonstration. Dans un cas d'amputation dans l'articulation huméro-cubitale, nous avons vu le lambeau antibrachial adhérer en peu de jours à la synoviale.

15°. Quant aux résections articulaires, que l'on a cru avec assez peu de raison pouvoir substituer aux amputations, nous pensons que l'étendue des surfaces osseuses mises à découvert sera toujours un des plus grands obstacles au succès de la méthode adhésive. Joignez à cette cause l'altération profonde que le système osseux a éprouvée, le sacrifice qu'impose la plupart du temps l'état des parties molles, les violences auxquelles il faut soumettre ces dernières pour bien isoler les os; et vous saurez pourquoi il est physiquement impossible d'obtenir jamais une réunion complète.

16°. Enfin, dans toute opération où le système osseux peut être intéressé, il importe extrêmement de ménager le périoste : ce soin, auquel on n'apporte pas en général toute l'attention nécessaire, a néanmoins fixé depuis long-temps celle des chirurgiens. Alanson en parle dans son *Manuel pratique sur l'amputation des membres*, et s'appuie même de l'opinion de Gooch et de Bromfield.

« Dans toutes les amputations dans la continuité, me dit M. Gensoul dans une de ses lettres, il faut bien se garder de racler le périoste, comme le conseillent quelques auteurs, attendu que la scie laisse toujours au dessus d'elle des portions d'os dénudées qui se nécrosent, et nuisent à l'adhésion des parties molles. Il faut, ajoute-t-il, promener légèrement la scie sur le périoste lui-même, et arriver ainsi jusqu'à l'os. Par ce moyen, on évite toute espèce de dénudation. »

Moyens hémostatiques.

17°. Quand on parcourt les annales de la chirurgie, et que l'on compare les moyens dont se servaient les anciens à ceux dont font usage les modernes, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'immensité des progrès qu'a faits la médecine opératoire. Jusqu'au seizième siècle, on n'a guère amputé des membres qu'à l'occasion de la gangrène; encore même, la crainte qu'inspirait l'issue du sang était telle, qu'on recommandait expressément de ne faire l'amputation que sur les parties frappées de mort (1).

Plus tard, on sentit encore mieux la nécessité de pouvoir triompher des hémorrhagies, et l'on proposa tour à tour une foule de procédés barbares,

---

(1) Celse, Paul d'Égine, Avicenne, Guy de Chauliac n'ont conseillé cette opération que pour les membres qui étaient déjà privés de la vie, et pour lesquels l'art n'offrait plus de ressource. (Valentin, *Recherches critiques*, page 84.)

dont on oserait à peine aujourd'hui retracer le souvenir. A. Paré, témoin des erreurs de son siècle, et touché des inconvéniens qui en résultaient, conseilla alors la ligature des vaisseaux; mais cette innovation heurtait trop ouvertement les idées du temps, pour ne pas soulever contre elle toutes les passions (1).

Enfin, des esprits forts et dépouillés de toute prévention revinrent sur les essais du père de la chirurgie française, et démontrèrent que si la manière dont A. Paré liait les artères n'était pas à l'abri de certains reproches, la ligature des vaisseaux était, du moins, le meilleur moyen dont on pût se servir. Dès ce moment, on s'occupa à la modifier, et on parvint à en faire adopter l'usage (2).

18°. Si les praticiens ont pu ne pas être tous d'accord sur l'importance qu'il y a à lier les artères ouvertes, c'est qu'ils n'avaient pas tous en vue la réunion immédiate. Sans doute que ceux qui, après avoir amputé un membre, remplissent le moignon de charpie, et l'entourent d'un bandage fortement serré, n'ont pas besoin de faire un si grand nombre de ligatures. Mais quand on a recours à

(1) A. Paré n'est pas le premier à avoir parlé de la ligature des vaisseaux; mais il chercha à remettre ce moyen en vigueur.

(2) Croirait-on que l'ancienne Académie de chirurgie, qui a tant fait pour les progrès de l'art, ait été jusqu'à préférer l'agaric à la ligature? Tant il est vrai de dire qu'il est dans la nature de l'homme de passer par le chemin de l'erreur avant de toucher à la vérité.

la méthode adhésive, il faut lier avec le plus grand soin, même les plus petits vaisseaux. Tel qui, durant l'opération, ne donne pas du sang, est bientôt susceptible d'en fournir en grande quantité.

Pour avoir, à cet égard, une sécurité complète, n'allez pas croire qu'il faille ne panser les malades qu'une ou deux heures après l'opération : quoi qu'on veuille en dire, cette manière de procéder a au moins le grave inconvénient de donner le change à l'opérateur, et de lui faire perdre, dans bien des cas, le seul instant réellement propice pour la ligature des artères. Ne vaut-il pas mieux les saisir à mesure qu'on les ouvre et qu'on les voit fournir du sang? Cette règle, trop négligée, même de nos jours, devient encore bien plus indispensable à suivre quand on opère dans des régions délicates et profondes, où les tissus jouissent d'une grande laxité. L'amputation du testicule, l'extirpation des tumeurs placées dans la région axillaire, la résection de la mâchoire inférieure sont tout autant d'exemples de ce genre. Les craintes que nous manifestons ici sont le fruit même de l'expérience, et nous avons eu à remédier à des hémorrhagies, que l'on eût assurément évitées, si l'on se fût toujours conformé à ce précepte. Combien de fois n'a-t-on pas mis sur le compte de la réunion immédiate des accidens qui ne reconnaissaient pas d'autre cause?

19°. Comment expliquer les faits suivans? Depuis près de vingt ans, M. Koch fait usage à Munich de la réunion immédiate sans lier aucune es-

pèce de vaisseau, et prétend n'avoir jamais eu à lutter contre l'hémorrhagie. L'auteur dit, à ce sujet, que quand on lie d'abord quelques artères, il faut pousser cette précaution très loin, sans quoi le sang transpire par les plus petits vaisseaux, et dès lors les ligatures que l'on a placées sont elles-mêmes la cause de l'hémorrhagie (1).

Avant de connaître les observations de M. Koch par la voie des journaux, avant même que son fils les eût rendues publiques, nous avions bien entrevu que la réunion immédiate pouvait, sous un certain rapport, être considérée comme un moyen hémostatique (2); mais nous étions loin de penser alors que ce que nous considérions comme une exception dût jamais constituer la règle. Dans tous les cas, s'il était vrai que les vaisseaux pussent s'oblitérer sans le secours de la ligature, nul doute que la soustraction de ce motif d'irritation à la surface des plaies ne pût avoir quelque influence sur l'efficacité des moyens adhésifs; mais les remarques que nous avons pu faire sur le mode d'oblitération des artères sont toutes différentes de celles indiquées par l'auteur allemand, et nous ne voyons, dans les résultats qu'il a obtenus par sa méthode, rien qui puisse nous engager à aban-

---

(1) *Journal des progrès des Sciences médicales,* tome III, page 126, année 1827.

(2) *Competitio ad aggregationem : de hemorrhagiis in genere tractare, quænam auxilia ad eas curandas præbeat chirurgia?* page 25.

donner celle que nous préconisons. Nous continuerons donc à nous servir des ligatures, jusqu'à ce que l'on nous montre encore mieux les inconvéniens de ce moyen, et que nous ayons quelques garanties de plus pour nous en abstenir (1).

20°. Nous ne serions pas aussi sévère, s'il s'agissait de nous prononcer à l'égard de la torsion des artères : ce moyen, nouvellement mis en pratique par M. Amussat, nous a paru non seulement ingénieux, mais encore propre à remplir les vues aux-

---

(1) Selon Koch, il faudrait, dans la suspension spontanée de l'hémorrhagie, faire la part de la suppression de l'influence du sang lui-même. « Ce n'est pas, dit-il, seulement dans les parois des vaisseaux qu'existe la puissance de la circulation, mais bien dans le sang vivant, qui, par la forme de ses globules et sa vitalité, tend par lui-même à se mouvoir. » D'après cet auteur, il se passe, après une amputation, quelque chose d'analogue à ce que Kaltembrunner avait vu au microscope sur le mésentère d'une grenouille préalablement incisé. L'écoulement du sang s'arrêta après que les vaisseaux se furent rétractés. Le sang abandonnait la partie de ces vaisseaux située entre la blessure et l'anastomose la plus voisine, et n'y circulait plus, bien que le canal fût perméable. Les molécules sanguines évitaient de couler dans ces vaisseaux par un mouvement circulaire, et des globules de sang isolé, lorsque par hasard il passait dans cette partie des vaisseaux, retournaient promptement à la masse du fluide. Il ne faut donc pas s'étonner d'après cela que toutes les maladies qui diminuent la vitalité du sang favorisent les hémorrhagies abondantes, même par les petits vaisseaux. (Voyez Kock, *Journal des progrès;* Schultz, *De la formation et du mouvement du sang;* Smith, *De la suspension spontanée des hemorrhagies traumatiques.*

quelles il est destiné. Nous avons pu répéter nous-même les expériences en présence de l'auteur du procédé, et nous avouerons que tout a été au delà de nos espérances. Un chien, sur lequel les deux crurales avaient été ouvertes et tordues, a été, l'instant d'après, livré à ses mouvemens volontaires et pas une goutte de sang n'a coulé.

Déjà, des essais ont été faits chez l'homme par MM. Amussat, Velpeau, Roux, Blandin et autres, et tout porte à penser que la torsion des artères pourra trouver, dans la pratique, d'utiles applications. Mais est-il toujours loisible de faire saillir le vaisseau à la surface de la plaie? Est-il indifférent d'agir sur les artères ou les veines, sur des vaisseaux sains, malades ou enflammés?

21°. Ajoutons, au sujet de la ligature des artères, qu'il est certains individus assez heureusement constitués pour pouvoir se dispenser, chez eux, de lier aussi soigneusement tous les vaisseaux. Les Recueils de chirurgie militaire nous fournissent quelques exemples de cette espèce.

On lit, dans les annales de nos dernières guerres, qu'après la bataille d'Eylau, et par un froid des plus intenses, le nombre des amputations à pratiquer fut tellement considérable, que les chirurgiens eurent à peine le temps de lier les principaux vaisseaux: cependant il ne s'ensuivit aucune hémorrhagie.

Sans vouloir faire ici la part de l'influence que la température peut avoir eue sur ses résultats, nous persistons à penser que l'urgence seule du moment peut autoriser à tenir cette conduite; dans

toute autre circonstance, elle serait répréhensible.

C'est ici le cas, dit M. Richerand, de répéter la maxime qu'il vaut mieux lier plus que moins, et que rien n'est plus dangereux qu'une précipitation mal entendue. La gloire puérile d'achever un peu plus tôt l'opération ne peut être mise en balance avec les inconvéniens qu'entraînerait l'omission de la ligature de quelques artérioles que l'on croirait pouvoir impunément négliger (1).

Autant il est utile de lier les artères, autant il est prudent d'éviter la ligature des vaisseaux veineux : dans ces derniers, le rapprochement des lèvres de la solution de continuité suffit presque toujours pour arrêter le sang, et l'on ne doit avoir recours à la ligature que lorsqu'on ne peut s'en dispenser. Encore même faut-il ne serrer le fil qu'au degré nécessaire pour intercepter la circulation, à moins de s'exposer à donner lieu à la phlébite, qui est alors d'autant plus à redouter que la veine se trouve plus près du cœur.

22°. Le défaut de connaissances médicales a souvent fait considérer comme vulnéraires des hémorrhagies qui provenaient d'une toute autre source. Il ne suffit pas que le sang coule de la surface d'une plaie pour être en droit d'en rapporter la cause à une omission dans la ligature des vaisseaux. Si des hémorrhagies peuvent avoir lieu par des membranes

(1) *Nosographie chirurgicale*, tome IV, page 498.

séreuses, sans aucune lésion physique apparente, pourquoi le même phénomène ne pourrait-il pas se reproduire à la surface d'une solution de continuité? On serait dans l'erreur, si l'on croyait qu'il fallût toujours remédier, par des moyens locaux, aux écoulemens sanguins qui succèdent aux blessures ou aux opérations. Souvent, nous avons entendu à ce sujet les professeurs Broussonet et Caizergues faire des réflexions pleines de sens et de vérité; toujours, nous avons lu avec le plus grand fruit ce qu'en a dit l'un des professeurs les plus distingués de notre école (1).

23°. Voici en peu de mots les règles que nous croyons utile de suivre dans l'application des ligatures : généralement parlant, il faut faire usage d'un fil simple et ciré, le placer perpendiculairement à l'axe de l'artère, le serrer assez pour opérer la section de la tunique interne et moyenne du vaisseau, et éviter de comprendre dans l'anse aucun filet de nerf ni aucune veine. A cet égard, nous pouvons assurer que le crochet de Bromfield est l'instrument le plus précieux dont on puisse faire usage. Sa forme et l'acuité de sa pointe lui permettent de saisir les vaisseaux les plus petits et les plus profonds, de les attirer à la surface de la plaie, de les isoler de toutes les parties circonvoisines, et de donner à l'opérateur la plus grande

(1) Lordat, *Traité sur les hémorrhagies*.

aisance pour les présenter à l'aide chargé de les lier. Cet instrument est, sous tous les rapports, préférable aux pinces à dissection.

Quant aux fils dont on s'est servi, on doit en couper un des bouts de manière à diminuer d'autant l'irritation que leur présence détermine. Dans quelques cas, comme ceux où règne une épidémie de pourriture d'hôpital, il faut même ne laisser dans le moignon que l'anse nécessaire pour étreindre l'artère. A la vérité, il en résulte, par la suite, de petits abcès destinés à lui donner issue; mais, au moins, la réunion peut-elle pour le moment se faire sans obstacle.

24°. Il est un autre moyen que l'on pourrait aussi employer ponr faciliter l'adhésion, ce serait d'embrasser les plus petits vaisseaux dans une ligature que l'on retirerait quelques instans après. Cette épreuve, répétée déjà plusieurs fois, a assez bien réussi.

25°. Quelques auteurs anglais, grands partisans de la réunion immédiate, ont cherché à prévenir l'irritation que produit la présence des ligatures, en se servant de fils faits avec une substance animale, comme la soie, les cordes à violon, etc. Cette idée plaît assez au premier abord ; mais quand on consulte les personnes qui ont été dans le cas d'en faire usage, on voit que le résultat est à peu de chose près le même, et l'on en revient aux ligatures ordinaires. Cependant, il paraîtrait, d'après les expériences et les observations de M. Horatio

Jameson, que celles faites avec la peau de chamois sont plus avantageuses (1).

Cet auteur va jusqu'à penser qu'à l'aide de ces dernières, on pourrait, au besoin et sans inconvénient, comprendre dans l'anse du fil des portions de muscles, de nerfs et autres portions environnantes. Si nous nous rangions de son avis (car nous ne partageons pas toutes les idées de M. Jameson), ce ne serait certainement pas pour adopter celle-là (2).

De la suture.

26°. En traitant des conditions nécessaires au succès de la réunion, nous voici enfin arrivé à l'examen de la suture, que nous croyons pouvoir considérer comme l'un des moyens les plus sûrs et les plus efficaces. Mais à ce point de doctrine se rattachent tant de préjugés, tant de préventions et d'erreurs, qu'il devient indispensable d'entrer, à cet égard, dans de longs détails. Allons prendre le mal dans sa source.

A en juger par les interpellations fréquentes adressées à Pibrac, toutes les fois qu'il s'agit de la suture, on croirait trouver dans son Mémoire des argumens irrésistibles contre ce moyen : détrom-

---

(1) *Journal des progrès des Sciences médicales*, vol. VI, 1827, page 117.

(2) Nous lisons, dans le *Journal analytique* (septembre 1829, page 395), un Mémoire de M. le docteur H. S. Levret sur les ligatures des artères avec des fils métalliques. Ce médecin prétend que les ligatures faites avec le fil de plomb, d'or ou de platine n'ont pas l'inconvénient de produire la suppuration.

pez-vous. L'auteur lui-même, ne se doutant pas, en commençant, de l'exagération dans laquelle il allait tomber, avoue : *Que son travail a seulement pour objet de prouver qu'on peut en restreindre l'usage.* Que l'on n'invoque donc plus l'autorité de cet écrivain, en lui prêtant un langage différent de celui qu'il devait parler; que l'on n'accorde pas non plus une valeur sans mesure aux faits qu'il allègue! En voulant signaler un abus utile à réprimer de son vivant, Pibrac est tombé dans un abus contraire; nous en avons les preuves dans ce Mémoire que tous les pathologistes ont cité, et que si peu ont eu le bon esprit de commenter.

27°. D'abord, il est question d'un officier qui, à la suite d'une orgie, reçut un coup de baïonnette au bas-ventre. « La plaie des tégumens, dit Pi-» brac, avait plus de trois travers de doigt de lon-» gueur, et celle du péritoine à peu près la moitié » de cette étendue. » Les lèvres de la solution de continuité furent rapprochées et maintenues à la faveur d'un bandage convenable : le malade fut guéri en quarante-cinq jours environ (1).

Quant à la deuxième observation, il n'est nullement fait mention de la durée du temps qu'il fallut pour opérer la cicatrisation : aussi n'en déduirons-nous aucune conséquence. Passons à la suivante.

Quoique Pibrac ait cru trouver dans celle-ci un fait à citer à la fois contre la suture et en faveur du bandage, nous ne pouvons partager son opinion :

---

(1) *Mémoires de l'Académie,* édit. in-8°., 1819, tome III, page 383.

car, de ce que les points de suture n'ayant point produit l'effet attendu, on est parvenu à guérir la plaie par la seule application du bandage, faut-il en inférer avec lui que l'on puisse, dans tous ces cas, s'abstenir de la suture? Autant vaudrait, à l'avenir, considérer les bandages comme superflus, par cela seul qu'ils ont échoué quelquefois là où les efforts de la nature ont été tout-puissans.

Ce qui prouve qu'alors même que les points de suture déchirent les parties qu'ils embrassent, ils peuvent être encore de quelque utilité, c'est que les plaies pour lesquelles on en a déjà fait usage guérissent en général d'une manière bien plus rapide que celles pour lesquelles ce moyen n'a pas été tenté. Pibrac nous en fournit un exemple bien remarquable.

A propos de la troisième observation, il parle d'un cas d'opération césarienne, où les points de suture ayant manqué le troisième jour, on eut recours au bandage. « La malade, dit-il, fut guérie » au bout de trois semaines. » Mais comment une plaie aussi étendue que celle que cause l'opération césarienne a-t-elle pu se cicatriser dans un aussi court espace de temps, tandis qu'une plaie du bas-ventre de trois travers de doigt de long et sans aucune lésion des viscères de l'abdomen a résisté, pendant quarante-cinq jours, à l'application seule du bandage? C'est que, dans le premier cas, on avait d'abord appliqué quelques points de suture.

Ce fait n'est pas le seul que l'on trouve dans le Mémoire de Pibrac. Cet auteur, signalant un ban-

dage de l'invention de Quesnay, ajoute : « Ce praticien s'en est servi dans un cas de bec-de-lièvre, dont les bords étaient extrêmement écartés. Une des aiguilles, ayant manqué, avait laissé, à la partie inférieure de la plaie, un déchirement qui empêchait qu'on pût y appliquer, ou du moins que très difficilement, une autre aiguille. Quesnay y suppléa parfaitement par le moyen de son bandage. « Le succès de cette méthode, qui fut très heureux » et très prompt, amène naturellement à conclure, » dit Pibrac, que le bon effet du bandage aurait » eu lieu avec bien plus de facilité, si l'on y avait » eu recours d'abord. »

Pour nous, nous sommes d'un avis entièrement contraire, en voici la raison : si la suture n'avait pas produit une guérison complète, elle avait au moins procuré la réunion de la plus grande partie de la solution de continuité, et mis le reste de sa surface dans un état de rapprochement capable de seconder l'application du bandage. Disons donc que Pibrac a mal interprété les faits en avançant que la suture retarde la cicatrisation des plaies.

28°. Lisez la cinquième observation : elle a rapport à une femme qui avait eu le ventre transversalement ouvert d'un côté à l'autre par un coup de cornes de taureau. Le chirurgien fit dix-sept points de suture pour obtenir la réunion de cette énorme plaie.

« Si la suture a été indispensable dans ce cas, » ajoute Pibrac, on peut dire qu'on aurait dû se » dispenser d'en multiplier les points autant qu'on

» l'a fait, et il en conclut que le succès ne doit pas » autoriser un semblable abus. »

Assurément; mais Pibrac conviendra aussi que l'emploi de ce moyen ne nuit pas beaucoup à la consolidation des plaies : car s'il est un cas où la suture dût avoir de fâcheux effets, c'est celui où l'on en fait si largement usage. Et *cependant la guérison ne doit pas avoir été bien tardive, ni les accidens bien graves ; Pibrac n'en dit pas un mot.*

29°. La quatrième observation que renferme le Mémoire sur l'abus des sutures, et les réflexions critiques qui l'accompagnent, prouvent encore mieux le peu de validité des faits sur lesquels l'auteur a établi son opinion.

En racontant un cas de plaie pénétrante de l'abdomen à deux travers de doigt de l'ombilic, avec issue d'une portion d'épiploon, pour laquelle Pipelet appliqua deux points de suture enchevillée, Pibrac fait remarquer *que le hoquet et les vomissemens qui avaient paru dès l'instant de la blessure continuèrent malgré les saignées et les autres moyens.* « Le quatrième jour, dit-il, la plaie était enflammée et fort douloureuse. On jugea prudemment qu'il fallait couper la suture et abandonner la solution de continuité à des pansemens simples. L'effet répondit à l'attente. Dès le moment où la plaie cessa d'être gênée par les points de suture, le malade se trouva soulagé, les accidens diminuèrent, et, au bout de huit jours, le blessé fut tout à fait hors de danger. »

Voilà mot pour mot le langage de Pibrac;

voyons quelles sont les conséquences qu'il en tire.

« On ne peut, dans ce cas, attribuer les accidens » qu'à la suture : aucune circonstance étrangère n'a » contribué à la faire manquer. La continuation du » vomissement doit plutôt paraître un effet de l'ir- » ritation occasionée par la suture, qu'une cause » capable de la déchirer. »

Or, nous le demandons à tout chirurgien : ces quelques mots ne renferment-ils pas une double erreur ? Quoi ! le hoquet et le vomissement qui existaient avant l'application de la suture seront la conséquence immédiate de ce moyen synthétique, et les mouvemens convulsifs des muscles de l'abdomen ne seront pour rien dans la persévérance et l'accroissement de ces mêmes symptômes ! Raisonner de la sorte, en matière chirurgicale, c'est vouloir dénaturer les faits ou méconnaître ce qui frappe les sens même les moins exercés.

30°. Pibrac y avait-il bien songé quand il a ajouté : « Qu'il pouvait d'autant moins se dispen- » ser d'insister sur ce cas, que quelques auteurs » semblent trouver la raison des accidens qui, » selon lui, résultent de la suture, dans les causes » extérieures ou dans celles qui n'ont aucun rap- » port avec la plaie : ainsi, dit-il, l'un prétend que » la suture a manqué son effet dans l'opération cé- » sarienne, parce que la malade a été fatiguée par » une toux opiniâtre ; l'autre rejette le mauvais » succès de l'opération du bec-de-lièvre sur l'inad- » vertance d'un homme qui avait râpé du tabac

» auprès du lit du malade, ce qui le fit éternuer
» quinze ou vingt fois. »

Oui, les mouvemens convulsifs que produit la toux ou l'éternument peuvent non seulement empêcher la suture de maintenir les parties exactement affrontées, mais encore rendre la présence des fils préjudiciable au malade. Nous en sommes tellement convaincu, que nous considérons l'existence d'un catarrhe comme une contre-indication formelle à plusieurs opérations. Si des quintes de toux violentes ou un mouvement désordonné provoquaient chez un amputé de la cuisse, par exemple, la chute prématurée d'une ligature, et donnaient lieu à une hémorrhagie, faudrait-il dire que l'hémorrhagie est l'effet de la ligature? Voilà cependant comment on devrait raisonner aujourd'hui, en adoptant les idées et le langage de Pibrac.

Comment cet écrivain n'a-t-il pas fait attention que les accidens qu'il a attribués à la suture auraient eu probablement lieu si l'on se fût servi du bandage? La constriction exercée par des bandes sur des parties violemment enflammées n'eût-elle pas produit un mal presque aussi grand que celui causé par la suture? Il eût donc fallu lancer aussi un arrêt de réprobation contre les bandages.

31°. Quoique, d'après ce que nous avons dit jusqu'ici, nous ayons quelques raisons de pencher en faveur de la suture, nous n'en sommes pas tellement enthousiaste, que nous ne convenions que

les bandages lui fussent préférables, s'ils pouvaient remplir le même but. Or, c'est là ce que Pibrac a encore soutenu. Voyons jusqu'à quel point cette opinion est admissible.

En parlant du bec-de-lièvre, l'auteur invoque l'autorité de Lafaye, qui, rapportant une opération de ce genre, dit : « Plus les deux parties de la lèvre » sur laquelle j'opérais laissaient d'intervalle entre » elles, plus je devais craindre leurs efforts sur les » épingles : ainsi, il fallait que l'appareil *aidât* les » épingles à leur résister ; car c'est souvent de là » que dépend le succès de ces opérations. De cette » réflexion très judicieuse, répond Pibrac, il n'y a » qu'un pas à faire pour apercevoir la nécessité » de proscrire absolument la suture, du moins, » dans le plus grand nombre des cas. »

Désireux de connaître jusqu'à quel point cette idée pouvait être juste, nous avons voulu, à notre tour, lire et commenter le Mémoire de Lafaye, et malgré toutes nos recherches, nous n'y avons rien trouvé qui pût nous faire adopter les conclusions de Pibrac. Au contraire, nous nous sommes assuré que, presque dans tous les cas de bec-de-lièvre rapportés par Lafaye, on avait fait usage en même temps et de la suture et du bandage. Ce qui atteste toute la confiance que ce chirurgien accordait au premier de ces moyens, c'est qu'à l'occasion de l'une des observations que Pibrac invoque en sa faveur, les aiguilles ayant accidentellement déchiré les parties qu'elles traversaient, Lafaye eut, de nouveau, recours à la suture.

Quand Pibrac a fait dire à cet auteur que les bandelettes agglutinatives réparèrent le désordre produit par les aiguilles, il eût dû, pour l'exactitude du fait, rappeler aussi que les emplâtres adhésifs avaient été appliqués avec deux autres points de suture (1).

Au reste, la question relative aux avantages respectifs de la suture et du bandage pour l'opération du bec-de-lièvre est déjà depuis long-temps jugée. Il en est de même pour les plaies de la langue, les esprits sont tous fixés à cet égard.

32°. Envisageons maintenant la question sous un autre aspect, et attachons-nous à faire voir que la suture n'est pas aussi dangereuse que ce que l'on pense. Commençons par examiner les faits que renferme le Mémoire de Pibrac.

Dans la onzième observation il s'agit, d'un brigadier des armées du Roi qui reçut un coup de sabre qui lui coupa le nez dans la partie cartilagineuse et la joue transversalement jusqu'à l'oreille. Le coup avait pénétré dans l'os de la mâchoire.

Appelé au secours du blessé, Pibrac fit plusieurs points de suture; mais il survint un gonflement très considérable à la plaie, à toute la joue et à l'œil du même côté, avec douleur et inflammation. Les accidens allant toujours croissant, Pibrac se décida à couper les points de suture, à avoir recours au bandage méthodique, et ce procédé fit cesser la douleur.

---

(1) *Mémoires de l'Académie*, édit. in-8, vol. Ier, page 454.

Probablement que, par le mot BANDAGE MÉTHODIQUE, *Pibrac a voulu dire un bandage médiocrement serré; car il n'est pas à supposer qu'avec de la douleur et de l'inflammation on eût pu en placer un autre.*

33°. Dans l'observation suivante, il est dit qu'un dragon de la compagnie de M. de Flamenville reçut un coup de sabre qui lui coupa transversalement le muscle deltoïde gauche. Un chirurgien de Lille, mandé auprès du blessé, le pansa et fit quatre points de suture.

Le lendemain, Pibrac trouva le malade agité par des douleurs violentes et des mouvemens convulsifs au bras. Il se hâta de couper les points de suture, et le blessé se trouva soulagé à l'instant. On appliqua des compresses trempées dans l'eau fraîche, soutenues par un bandage; le bras fut mis dans une situation convenable, et on eut la satisfaction de guérir cette plaie sans employer aucun médicament et sans que le blessé éprouvât le moindre accident.

A la première lecture, on peut bien se laisser séduire par ces deux observations; mais on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elles manquent de certains détails qu'il eût été fort utile de connaître pour juger de leur validité. Dans l'une, on ne dit ni combien de jours les fils restèrent en place, ni l'état dans lequel était la plaie au moment où l'on appliqua le bandage; en finissant, on se demande quel est le temps qu'il a fallu pour obtenir la guérison définitive.

Le même vice de rédaction se présente dans la seconde : l'auteur se contente de faire savoir que le deltoïde fut coupé transversalement, et que l'on appliqua quatre points de suture, sans dire si les fils embrassaient la peau seulement, ou bien les muscles et les tégumens ; ce qui est bien différent.

Au surplus, qu'y a-t-il de tant insolite dans ces deux faits ? Douleur, inflammation, mouvemens convulsifs partiels : tels sont les funestes effets que l'on impute à la suture. Or, qui ne sait que ces accidens sont rangés par tous les pathologistes au nombre des accidens primitifs des plaies, et qu'on ne les observe que trop communément alors même qu'on n'a pas fait usage de la suture ? Il n'est pas jusqu'au tétanos, dit *traumatique*, qui ne puisse provenir de toute autre cause que des blessures auxquelles on a toujours de la tendance à le rapporter.

Admettons que ces accidens fussent l'effet de la suture (car elle peut en provoquer quelques uns), était-ce là un motif suffisant pour en proscrire l'usage ? Et quel est le moyen médical ou chirurgical qui ne compte quelques revers ? Pourquoi ne pas mettre dans la balance les avantages à côté des inconvéniens, et n'offrir que le mauvais aspect de la médaille ? Pibrac aurait-il ignoré ce fait remarquable, dans lequel le deltoïde et l'humérus ayant été coupés par un instrument tranchant, et le bras ne tenant au reste du corps que par un lambeau dans lequel serpentait l'artère brachiale, le chirurgien tenta la réunion par la suture, et ob-

tint un succès complet (1)? Ce fait appartient cependant à Lapeyronie.

34. Enfin, l'auteur du *Mémoire contre l'abus des sutures* termine son travail en s'écriant : « Je sens » tout ce qu'on peut dire en faveur de ce moyen » de réunir les plaies; mais jamais en fera-t-on une » apologie aussi bien raisonnée, aussi solide que » celle que nous lisons dans Ambroise Paré pour » soutenir l'efficacité des ligatures dans les amputations des membres. Néanmoins, dit-il, l'usage » de l'agaric rétabli dans la pratique vient de faire » abandonner, presque universellement, la ligature » des vaisseaux, et je pense qu'on doit tenir la même » conduite à l'égard des sutures. »

Sans doute, la prédiction de Pibrac est à la veille d'être accomplie, mais non comme l'entendait cet écrivain. En renonçant à la ligature des vaisseaux pour faire usage de l'agaric, on reconnut que les accidens que l'on attribuait à la ligature provenaient de la manière vicieuse dont on la pratiquait, et l'erreur ne fut pas de longue durée.

Apportons donc dans l'examen de la suture cet esprit d'observation et d'impartialité qui présida jadis aux recherches faites sur la ligature des artères; renonçons pour jamais à ces procédés barbares par lesquels on embrassait indistinctement

---

(1) *Encyclopédie méthodique*, art. SUTURE, page 353.

Percy raconte, dans le *Grand Dictionnaire des Sciences médicales,* un fait presque analogue. (Art. ENTE ANIMALE.)

dans l'anse des fils les artères, les veines, les muscles et les nerfs ; n'appliquons ce moyen qu'au traitement des plaies récentes, et non à celui des solutions de continuité déjà enflammées, et l'on reviendra, n'en doutons pas, à l'usage de la suture, comme on est revenu pour toujours à la ligature des vaisseaux.

Pénétrons-nous bien de cette vérité que, depuis près de cinquante ans, presque aucun praticien n'a employé la suture, que tout ce que l'on a dit et écrit depuis cette époque n'est qu'une simple répétition des idées émises par Pibrac : chacun sentira alors la nécessité d'éclairer sa conscience. Malheur aux siècles où la raison demeure trop long-temps asservie au joug de l'autorité !

35°. Après avoir cherché à démontrer le peu de solidité des motifs sur lesquels Pibrac a basé son opinion, citons des faits à l'appui de la nôtre, et soumettons-les à la critique de ceux qui professent des sentimens contraires. Alors seulement il nous sera permis de nous élever contre les préjugés du temps, et de nous prononcer en faveur de la suture. Mais attachons-nous à ne parler que le langage de l'observation, et varions les preuves, afin de pouvoir donner de l'extension à nos conséquences.

Deuxième observation.

Plaie énorme au cuir chevelu.— Crâne mis à découvert dans une très grande étendue. — Réunion au moyen de treize points de suture entrecoupée. — Guérison le cinquième jour.—Aucune espèce d'accident.

Jean-Pierre Nougaret, âgé de quarante-six ans, travaillant à monter du fourrage dans un grenier, reçut, sur la partie latérale de la tête, un volet de fenêtre qui venait d'être enlevé de dessus ses gonds par une botte de foin montée à l'aide d'une poulie. Le blessé ayant été apporté sur-le-champ à l'hôpital Saint-Éloi, où nous remplissions alors les fonctions de chef interne, nous vîmes une solution de continuité avec décollement du cuir chevelu, s'étendant de la bosse frontale gauche à la protubérance occipitale et, de dedans en dehors depuis la suture sagittale jusque près de l'oreille.

Toute l'aponévrose externe du muscle crotaphite était à découvert. Le crâne, dénudé dans plusieurs points de l'étendue de la plaie, ne laissait apercevoir aucune trace de fracture. Deux rameaux artériels provenant, l'un de la temporale, l'autre de l'occipitale, fournissaient par intervalles quelques jets de sang. Aucune espèce d'altération dans les facultés physiques ni morales du malade.

En l'absence du professeur Delpech, nous crûmes devoir tenir la conduite qu'il aurait tenue lui-même : nous commençâmes donc par lier les vaisseaux ouverts, raser la tête et réunir la plaie à la faveur de *treize points de suture*, entre lesquels nous plaçâmes des bandelettes agglutinatives, le

tout soutenu par un bandage contentif. Deux heures après l'accident, on pratiqua une large saignée au bras ; vers le soir, elle fut répétée. Tout se passa de la manière la plus heureuse jusqu'au troisième jour.

Ce jour même, nous examinâmes la plaie, et nous nous assurâmes que la cicatrisation était déjà complète. Nous enlevâmes les points de suture et il ne resta plus de cette énorme solution de continuité que les ouvertures faites par les fils.

Deux jours après, à la visite de M. Delpech, tout était cicatrisé. Le dixième jour, le blessé sortit de l'hôpital.

Réflexions. Quel que fût le moyen que l'on eût employé dans ce cas, il eût été assurément impossible d'obtenir un résultat plus avantageux et plus prompt. Depuis le moment de l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à celui de la sortie, aucune espèce d'accident local ni général n'est survenu. Jean-Pierre Nougaret a toujours joui d'une bonne santé.

Rapportons un fait d'un autre genre, mais non moins concluant.

Troisième observation.

Tumeur blanche au genou. — Amputation de la cuisse. — Réunion par la suture entrecoupée et les bandelettes. — Guérison complète le quinzième jour.

Henri Marquez, âgé de trente-deux ans, entré à l'hôpital Saint-Eloi pour une tumeur blanche au genou, avait déjà épuisé toutes les ressources de la médecine et de la chirurgie, lorsque, le 18 décem-

bre 1827, il fallut avoir recours à l'amputation de la cuisse.

La peau fut d'abord incisée et disséquée dans l'étendue d'un travers de doigt, les muscles coupés perpendiculairement et détachés en partie du fémur : cet os, scié le plus haut possible, les tégumens rapprochés d'arrière en avant, au moyen de six points de suture soutenus par des bandelettes adhésives, et le moignon recouvert d'un plumasseau, de compresses longuettes et de quelques tours de bande.

Le spasme qui succéda à l'opération fut presque nul; les urines coulèrent quelques heures après. Le malade reposa dans la nuit, et le matin, au moment de la visite, il existait à peine un peu de fièvre.

Le 20 et le 21, la réaction s'annonce, et le moignon est agité de temps à autre par quelques soubresauts. On pratique deux saignées dans le courant de la journée, et le calme renaît.

Le 22, on examine l'état du membre, et l'on trouve la moitié externe de la plaie réunie ; quant à la moitié interne, il s'en écoule un peu de matière puro-sanguinolente : presque pas d'engorgement dans les environs.

Le jour d'après, on enlève trois points de suture et on les remplace aussitôt par des bandelettes ; le malade prend deux soupes.

Le 25, on retire les derniers fils, on extrait quelques ligatures ; l'opéré ne souffre nullement. Cependant le pouls a repris de la fréquence, et l'on juge à propos de supprimer les alimens.

Bientôt toutes les ligatures se détachent, l'accélération du pouls diminue et la plaie touche à sa guérison.

Le 2 janvier, le pouls a son rhythme naturel, et il ne reste plus à cicatriser que quelques points: M. Delpech accorde de nouveau des alimens au malade, et deux jours après la plaie est entièrement fermée (1).

Réflexion. Est-il possible de voir rien de plus simple que les suites de cette amputation? Voilà néanmoins ce que l'on observe dans la majeure partie des cas. N'allez pas attribuer les soubresauts du moignon à l'action de la suture; ces mouvemens s'observent dans presque toutes les amputations. Poursuivons la démonstration.

Quatrième observation.

Hernie inguinale ancienne. — Symptôme d'étranglement. — Inefficacité du taxis et des moyens antiphlogistiques. — Herniotomie. — Réunion de la plaie par la suture. —Guérison le quatorzième jour.

Le nommé Bringuier, âgé de soixante-cinq ans,

---

(1) Dans toutes les amputations des membres, le professeur Delpech incise d'abord la peau, et la dissèque dans une certaine étendue, puis il coupe les muscles perpendiculairement à l'os, les détache plus ou moins de ce dernier, , selon le besoin, et réunit la plaie au moyen de quelques points de suture entrecoupée, qui n'embrassent que les tégumens. Des bandelettes adhésives placées dans l'intervalle de chacun des fils, un plumasseau garni de cérat, quelques gâteaux de charpie, deux ou trois longuettes et quelques tours de bande complètent l'appareil.

atteint d'une hernie inguinale au côté droit, ayant négligé d'appliquer le bandage dont il faisait habituellement usage, fut pris, le 16 mai 1823, de coliques très vives, et ne put plus, dès ce moment, faire rentrer sa hernie.

Le malade se trouvant alors à l'hospice de Charité de Montpellier, fit appeler auprès de lui le chirurgien interne; mais ce fut en vain que l'on tenta le taxis. On prescrivit alors une saignée, un bain tiède et, immédiatement après, l'application de vingt sangsues sur les côtés de la tumeur.

Le lendemain, à la visite, le malade fut trouvé dans l'état suivant: tumeur inguinale du volume d'un gros œuf de poule, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, dure, douloureuse à la pression, surtout au collet, sans changement de couleur à la peau; bas-ventre légèrement soulevé dans la région iliaque droite; aucune déjection alvine depuis le premier jour de l'accident, vomituritions fréquentes, vomissemens par intervalles. Les choses en étaient à ce point lorsque le professeur Delmas proposa au malade l'opération; elle fut exécutée sur-le-champ.

Rien de particulier dans le manuel opératoire, si ce n'est l'épanouissement des vaisseaux du cordon spermatique et peu de sérosité dans le sac péritonéal: la hernie rentra avec facilité et la plaie fut réunie par première intention à l'aide de *deux points de suture*, de quelques bandelettes agglutinatives et d'un appareil convenable.

Le malade fut mis à la diète, on donna une potion huileuse et calmante à prendre par cuillerées, et l'on fit des fomentations émollientes sur l'abdomen.

Depuis le 20 mai, jour de l'opération, jusqu'au 21 au matin, tout se passa à merveille : point de douleurs de ventre, point de vomissemens, sommeil de cinq à six heures durant la nuit. Bientôt les évacuations alvines se rétablissent, et reparaissent plusieurs fois dans le courant de la journée; déjà, le 22, le malade n'a plus de fièvre et sent le besoin de manger.

Le 24, cet état de bien-être persiste, on examine la plaie, on enlève les points de suture, et la *réunion est presque achevée;* on donne quelques alimens légers.

Le 25, on retire une ligature qui avait servi à lier un vaisseau, et le 3 juin, quatorze jours après l'opération, le malade est totalement guéri (1).

Réflexion. Ce fait démontre encore et l'innocuité de la suture et les avantages que l'on peut retirer de son emploi : nous l'avons pris à dessein dans la pratique du professeur Delmas, afin que l'on ne dise pas que le professeur Delpech est le seul entre les mains duquel la suture réussisse. Portons nos preuves encore plus loin, et faisons

---

(1) Nous devons cette observation à l'amitié de M. E. Delmas, agrégé, qui a bien voulu nous communiquer quelques faits tirés de la pratique de son père.

connaître le résultat d'une amputation de testicule, pratiquée par le professeur Lallemand.

Cinquième observation.

Sarcocèle. — Erreur de diagnostic. — Ponction à la tunique vaginale. — Accidens graves. — Amputation du testicule. — Réunion immédiate au moyen de la suture enchevillée. —Cessation des accidens. — Guérison rapide.

M. S....., lieutenant au 43e. régiment de ligne, voyageant à cheval sur un terrain montueux, reçut au testicule droit une contusion, à laquelle il ne porta pas d'abord beaucoup d'attention. Cependant s'étant aperçu que cet organe augmentait de volume, il entra à l'hôpital de Perpignan, où on lui fit appliquer, à diverses reprises, cent cinquante sangsues : on prescrivit en même temps des bains en grand nombre, et l'on en seconda l'administration par des cataplasmes émolliens.

Plus tard, on eut recours à l'usage du mercure; le malade fit trente-deux frictions sans que la tumeur éprouvât la moindre diminution. Comme elle n'était point douloureuse, M. S.... sortit de l'hôpital le 12 juillet 1827, pour reprendre son service.

Enfin, fatigué plutôt par la gêne que par la souffrance que lui occasionait sa tumeur, M. S.... vint à Montpellier, le 19 octobre 1827.

A cette époque, le testicule avait le volume d'une grosse orange; il était ovoïde, allongé, indolent, à surface unie, sans changement de couleur

à la peau, mollasse au toucher et comme fluctuant. Le malade jouissait de la santé la plus parfaite, et ne demandait qu'à être opéré.

Le professeur Lallemand crut d'abord à l'existence d'une hydrocèle, et après avoir tout disposé pour l'opération, plongea un coup de trois-quarts dans la tumeur; mais au lieu d'en retirer de la sérosité, on vit s'en écouler un mélange de pus et de sang, et l'opérateur reconnut dès lors qu'il s'était trompé. Néanmoins, comme la canule pouvait être aisément dirigée dans tous les sens, M. Lallemand s'arrêta un instant à l'idée d'un abcès, et pour en chasser plus aisément la matière, poussa une injection d'eau tiède dans la cavité. Enfin, on retire la canule, et tandis qu'il sort un peu de sérosité, il se présente quelques flocons de matière puro-sanguinolente à demi concrète, que l'on pense provenir d'une tumeur encéphaloïde en fonte.

Le malade est remis dans son lit, et le testicule enveloppé d'un cataplasme émollient. Le lendemain, douleurs très vives, fièvre intense et coliques fortes; bientôt les anxiétés paraissent, les conjonctives et la peau s'injectent en jaune, le malade vomit des matières bilieuses et ne peut garder un instant de repos. (Diète, sangsues, bain de siége, fomentations émollientes, potion de Rivière.)

Le 24, le malade est mieux, les vomissemens ont cessé, mais il est toujours dans un état d'abattement extrême, et le scrotum est très engorgé et douloureux. L'ictère persiste, et la couleur jaune prend une teinte plus foncée.

Le 26 octobre, le professeur Lallemand, voyant un moment de calme, pratique l'ablation du testicule. En disséquant la partie supérieure de la tumeur, il rencontre une portion d'intestin formant hernie, il la fait rentrer et termine la section du cordon. Immédiatement après, les lèvres de la plaie sont rapprochées au moyen de quelques points de suture, et l'on procède au pansement (1).

Depuis le jour de l'opération jusqu'au 30 octobre, jour du premier pansement, le malade n'éprouva aucun accident : au contraire, ceux qui existaient avant cessèrent presque sur-le-champ.

Trois jours après, on enlève l'appareil; une grande partie de la plaie est déjà cicatrisée, la fièvre a cessé. On coupe le point de la suture le plus voisin de l'anneau inguinal.

Le 1er. novembre, on enlève les autres points de suture; le malade reprend des forces et de la gaîté, le reste de la plaie tend à se fermer. Le 15 du même mois, on en touche le fond avec le nitrate d'argent, et quelques jours après le malade est guéri. Dès le commencement de décembre, il sort de l'hôpital et va reprendre son service dans son régiment.

Réflexions. Sans vouloir tirer de ce fait toutes les

---

(1) La tumeur, de nature évidemment cancéreuse, était formée par le tissu encéphaloïde, et la tunique vaginale remplie de pus et tapissée de fausses membranes.

conséquences que l'on pourrait en déduire, on aura probablement remarqué que les accidens ont disparu dès l'instant de l'opération, alors que l'emploi seul de la suture eût dû en provoquer de nouveaux. Au contraire, dans une autre amputation du testicule faite sur un soldat suisse, et où le professeur Lallemand n'avait pas eu recours à ce moyen, nous avons vu les douleurs les plus vives, l'insomnie, l'agitation, les mouvemens convulsifs, le délire, la mort succéder à l'opération; et nous avons trouvé, à l'autopsie, le tissu cellulaire sous-cutané du bas-ventre infiltré de pus. La suppuration s'étendait depuis le canal inguinal du côté droit, jusqu'au dessous de la mamelle du même côté, et, de dedans en dehors, depuis la ligne blanche jusque près du rachis.

Si, dans ce cas, on eût fait malheureusement usage de la suture, on n'eût certainement pas manqué de lui attribuer tous ces accidens. Mais pourquoi la cause qui les a produits cette fois-là ne pourrait-elle pas les produire dans d'autres?

Quelque temps avant, nous avions aussi été témoin d'une amputation de la cuisse, qui, suivie d'abord d'accidens très graves, finit par entraîner la mort du malade, quoiqu'on n'eût réuni la plaie qu'avec des bandelettes. Le malade avait succombé à une phlébite des veines profondes.

Nous nous rappelâmes alors que l'amputation avait été nécessitée par une fracture comminutive de la jambe, produite par le passage d'une

roue de charrette. *Au moment de l'opération, il existait déjà une inflammation très vive à toute la jambe.*

Ne nous hâtons donc pas de conclure, et n'oublions pas que de ce que deux faits coexistent, il ne s'ensuit pas que l'un soit la conséquence nécessaire de l'autre.

Parlerons-nous de deux exemples de désarticulation de la cuisse, dont nous avons recueilli nous-même les détails, et desquels il résulte que, malgré l'application de plus de quinze points de suture destinés à fixer le lambeau, il n'est survenu aucune espèce d'accident?

Nous n'en finirions pas si nous voulions rapporter ici tous les cas qui ont servi à fixer notre opinion sur l'innocuité de la suture : le seul inconvénient réel, inévitable est la douleur; mais que sont quelques piqûres d'épingles, quand un malade a eu déjà le courage de se faire amputer un membre, et quand, par ce faible surcroît de souffrance, on peut prévenir tant d'accidens (1)?

Écoutons M. Montfalcon, l'un des écrivains modernes qui ont su le mieux apprécier les effets de la suture, et qui a donné un excellent article sur la

---

(1) Si la suture augmente un peu les douleurs, on est bien dédommagé par la rapidité de la guérison. D'ailleurs, le danger des opérations tient moins à la douleur de l'opération qu'à celle qui résulte des accidens. (Sharp. *Recherches sur l'état présent de la chirurgie.*)

réunion immédiate : «Quelque vérité qu'il y ait dans les reproches adressés à la suture par Pibrac, ce moyen de réunion est cependant indiqué dans un grand nombre de cas, et *il est bien évident, bien prouvé que les inconvéniens ont été beaucoup exagérés : on se tromperait souvent*, dit le même auteur, *si l'on annonçait, comme des suites nécessaires de la suture, une inflammation considérable, de très vives douleurs, et le déchirement des lèvres de la plaie : rien de tout cela n'arrive ordinairement.* Au reste, il est facile de diminuer ces inconvéniens en n'exerçant pas sur les bords de la plaie toute la constriction qu'ils peuvent supporter. Qui empêche d'assujettir les bords d'une solution de continuité par quelques points de suture médiocrement serrés, et de se servir des bandages ou des bandelettes pour régulariser sa réunion (1) ? »

C'est là précisément ce que fait le professeur Delpech, et nous ne craignons pas d'avancer que sur plus de cinq cents opérations majeures, dans lesquelles nous lui avons vu faire usage de la suture, nous n'avons jamais noté aucun des accidens que l'on impute tous les jours à ce mode de réunion. Les faits dont nous parlons se sont presque tous passés dans l'hôpital Saint-Eloi, en présence d'un nombreux concours d'élèves déjà répandus sur divers points de la France ou dans les pays étrangers, et nous en appelons à leur bonne foi. Que l'on con-

---

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, art. RÉUNION.

sulte les thèses présentées par les docteurs Massabiau, Redon, Marquet, Brunat : si l'on en trouve un seul qui parle tant soit peu défavorablement de la suture, nous sommes prêt à nous rétracter (1). Tels sont les élémens sur lesquels repose notre conviction.

36. Nous avons en faveur de la suture un plus grand nombre de faits que n'en avait Pibrac contre ce même moyen, et nous nous garderons cependant d'être aussi exclusif que lui. Non seulement nous reconnaissons qu'il est des solutions de continuité qui, par leur nature et leur position, permettent de s'abstenir de la suture; mais nous irons jusqu'à convenir que nous renoncerions volontiers à cette dernière, si, sans elle, il ne fal-

---

(1) A l'hôpital Saint-Éloi, les solutions de continuité (il donne à ce mot toute son extension) sont constamment réunies par des points de suture, et jamais le moindre accident n'est résulté de cette pratique. (Massabiau, 28 août 1821, page 9.)

Que puis-je dire en faveur de la suture et de quelles expressions me servir pour lui rendre toute la justice qu'elle mérite! (Redon, 15 avril 1825, page 41.)

Le grand nombre d'exemples dont j'ai été témoin à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi me démontrent tous les jours de plus en plus que je n'exagère pas les précieux avantages de la suture. (Marquet, 16 août 1825, page 33.)

On accuse la suture de produire des convulsions, et de déchirer les parties qu'elle embrasse; je l'ai vu employer à l'hôpital Saint-Éloi sur un grand nombre de malades et je n'ai jamais rien observé de ce qu'on avance. (Brunat, 12 août 1826, page 24.)

lait renoncer souvent aux avantages de la réunion.

Ne pourrait-on pas citer en première ligne la staphyloraphie et les greffes animales, pour le succès desquelles le lambeau doit être à la fois appliqué avec exactitude et mis à l'abri d'une trop forte compression? Dans le traitement des fistules vésico-vaginales, où le professeur Lallemand a eu l'heureuse idée d'appliquer la réunion primitive, est-il un autre moyen que la suture, capable de donner ce résultat?

Est-il dans les annales de l'art un fait plus beau que celui que renferme la clinique chirurgicale de Montpellier, dans lequel on voit une tumeur éléphantiaque du poids de 60 livres, extirpée avec succès par le professeur Delpech; la verge et les testicules exhumés du sein de cette masse informe, plus de quarante ligatures placées autour des vaisseaux lésés, les régions hypogastrique, inguinale, périnéale et anale mises à nu, des lambeaux habilement ménagés pour recouvrir chacune de ces parties, les organes sexuels logés dans des enveloppes nouvelles; le tout, sans le moindre mouvement convulsif, sans le plus léger délire, et cette plaie immense entièrement cicatrisée dans l'espace de soixante jours! Eh bien! voilà les terribles effets de plus de trente points de suture (1)!

Les plaies à lambeaux volumineux et irréguliers, celles de la langue, des lèvres, du scro-

---

(1) Voyez *Planches* 1 et 2.

tum, etc., n'exigent elles pas aussi l'emploi du même moyen (1) ?

Nous aimons à nous le persuader, on reviendra à l'usage de la suture, comme on est revenu à l'usage mieux entendu d'une foule de procédés depuis long-temps abandonnés. Nous en avons les preuves dans les faits qui se sont passés sous nos yeux, et dans le langage que tenait naguère dans l'une de ses leçons cliniques, le professeur Dupuytren : « Depuis les derniers travaux de l'Académie, » disait-il à ses nombreux auditeurs, les sutures » avaient été entièrement proscrites de la pratique » chirurgicale. J'ai moi-même, pendant long-temps, » partagé cette opinion ; mais *j'ai reconnu depuis* » *que, dans un bon nombre de cas, la suture de-* » *vient indispensable* (2). »

---

(1) A. Paré avait déjà employé la suture dans les plaies de la langue sur un enfant âgé de trois ans.

Lombard l'a essayée aussi avec avantage.

Saucerotte et Noël s'en sont servis contre les fistules recto-vésicales.

M. A. Petit réunit par ce moyen une plaie du tendon du doigt indicateur.

M. Janson, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'a appliquée avec succès à un cas de rupture du tendon d'Achille, etc., etc.

(2) *Cours de clinique à l'Hôtel-Dieu*. Année 1829.

Des bandelettes agglutinatives et de la direction à donner aux lèvres de la plaie.

37. Si les praticiens ne sont pas tous d'accord sur l'importance de la suture, il n'en est pas ainsi des bandelettes agglutinatives : tous ceux qui emploient la réunion en font usage, peut-être même comptent-ils un peu trop sur leur efficacité. Un moyen, quelque bon qu'il puisse être, réclame certaines conditions pour réussir.

Outre qu'il est des cas dans lesquels les bandelettes ne sauraient convenir, faute d'un point d'appui suffisant, ou de l'irrégularité des lambeaux, il faut encore ne pas perdre de vue qu'en employant ce moyen, on est souvent obligé d'avoir recours à un bandage compressif. Or, en examinant de près les résultats obtenus par cette méthode, nous nous sommes aperçu que souvent on obtenait une réunion plutôt apparente que réelle. A la levée du premier appareil, les lèvres de la solution de continuité sont bien rapprochées, mais non réunies ; et si l'on change les pièces de pansement, on est tout étonné de voir la plaie s'érailler, et laisser à découvert une surface suppurante. Alors l'opérateur redouble d'efforts pour obtenir la réunion, et n'a souvent pour résultat que la formation d'un ou de plusieurs foyers purulens. Nous ne pensons pas que tous les momens de la durée d'une inflammation soient également favorables pour obtenir la

réunion immédiate : nous sommes loin, à cet égard, de partager les idées de O'Halloran (1).

38. En supposant que l'expérience ne justifiât pas cette manière de voir, le raisonnement seul ferait déjà sentir l'insuffisance de l'application des bandelettes dans un assez grand nombre de cas. Quel que soit le soin avec lequel on mette à sec un moignon ou une large plaie, la surface ne tarde pas à être humectée par le suintement séro-sanguinolent qui succède à toutes ces blessures, et les emplâtres agglutinatifs se déplacent. Quelquefois même, ce déplacement a lieu durant l'application de l'appareil ou pendant qu'on transporte le malade dans son lit (2).

---

(1) Prétendre guérir par inosculation sans suppuration, et par une coalition immédiate ou par première intention, est une chimère, un procédé contraire aux lois de la nature. L'inflammation n'est pas le temps où se fait la réunion des parties divisées ; ce moment favorable suit, mais ne précède pas l'état de suppuration. O'Halloran appliquait ce lambeau vers le douzième jour. (Cité par Alanson, page 81.)

Nous ne citons ce passage que pour faire voir la distance qui nous sépare des chirurgiens de cette époque. Croirait-on qu'il en est encore qui caressent ces idées ?

(2) Les bandelettes ne peuvent s'unir à la peau et servir par là au rapprochement des bords d'une plaie qu'autant que la peau est sèche. Or, cette condition est très difficile à obtenir, soit au moment même du pansement à la suite d'une opération, soit consécutivement. Dans le premier moment, le suintement du sang, celui du sérum s'interposent et empêchent l'agglutination d'un corps gras et résineux ; consécutivement

C'est dans la vue de remédier à cet inconvénient, que certains praticiens sont dans l'habitude de poser quelques bandelettes circulairement ou en spirale : mais en agissant dans ce sens, ne s'expose-t-on pas à intercepter la circulation, à donner lieu à quelque hémorrhagie veineuse, ou même à la chute prématurée de quelque ligature? Disons donc que, s'il est certaines circonstances où les bandelettes peuvent suffire, il en est beaucoup d'autres où elles ne peuvent être que d'une utilité secondaire.

Enfin, ces mêmes bandelettes doivent avoir une certaine longueur, n'être ni trop larges, ni trop étroites, ni trop distantes les unes des autres, ni trop rapprochées entre elles, ni anciennes, ni mal confectionnées. L'emplâtre sera étendu en quantité suffisante et sans excès sur une étoffe de coton et non de chanvre, afin que les barbes de la toile le préservent de toute dégradation.

39. La direction selon laquelle il convient de rapprocher les lèvres de la plaie n'est pas une chose à dédaigner pour le succès de la réunion : dans

---

des suintemens ont lieu. Ils sont inévitables et tout à la fois souhaitables; car la réunion ne peut être opérée que par la précipitation et successivement l'organisation de la fibrine du sérum. La sérosité de ce liquide ne peut manquer de se répandre; elle humecte les pièces d'appareil, elle s'interpose entre la peau et les bandelettes agglutinatives. La température s'élève, l'emplâtre en est fondu, décollé, et les lèvres de la plaie mises en liberté. (*Mémorial des hôpitaux du Midi et de la clinique de Montpellier*, n°. 11, page 554.)

l'amputation de la cuisse, par exemple, il n'est pas indifférent de réunir les lambeaux de dehors en dedans ou d'avant en arrière. En effet, dans le premier cas, la plaie dirigée dans le sens antéro-postérieur, par rapport à l'axe du membre, correspond, par l'une de ses extrémités, au coussin sur lequel doit reposer la cuisse, d'où il s'ensuit, à la partie postérieure, un *hiatus triangulaire*, dans lequel la réunion ne peut pas se faire.

On répondra à cela en disant qu'on se ménage par là la faculté de procurer une issue à la matière purulente; mais ce que tant d'autres considérent comme un avantage, nous croyons pouvoir le signaler comme un inconvénient. Nous ne sommes ni le seul ni le premier à émettre cette opinion.

Écoutons l'un des auteurs anglais les plus recommandables parlant de la réunion immédiate: « Quant » aux sinus qui peuvent se former en suivant » cette méthode, il n'est pas douteux que si on » ne rapproche les bords de la plaie que supérieu- » rement, il restera au dessous une cavité où s'accu- » mulera la matière; ce qui n'est pas la faute de la » méthode curative, mais de la manière dont on » l'exécute. Quand on traite ainsi une plaie, il » faut en rapprocher entièrement les bords, pour » empêcher qu'il ne se forme des foyers de suppu- » ration. »

La réunion à la suite de l'amputation de la cuisse, faite dans le sens que nous proposons, l'emporte encore sur l'autre, en ce que, lorsque la guérison a lieu, la rétraction des muscles de la partie postérieure

entraîne les lèvres de la plaie assez en arrière pour leur faire dépasser la surface de l'extrémité inférieure du fémur. Dès lors, la cicatrice, ne se trouvant plus en rapport avec cet os, est moins exposée à se déchirer, et le blessé peut se servir plutôt de son cuissard. Notre opinion à cet égard est celle de MM. Percy et Deschamps (1).

40. Le principe relatif à la direction la plus favorable à donner à la plaie trouve aussi son application dans l'amputation de la jambe; la surface du tibia est si étendue, et la crête de cet os si saillante, que si l'on n'a la précaution de placer cette dernière dans l'angle antérieur de la solution de continuité, on s'expose à avoir une perforation des tégumens dans le point correspondant. Parmi toutes les tentatives de réunion que nous avons vu faire dans ce genre, celle que nous signalons nous a paru jusqu'à présent la plus avantageuse (2).

Quant à ce qui concerne la mortification de la peau qui recouvre le péroné, quelques praticiens ont conseillé de faire la désarticulation de cet os, et nous l'avons vu pratiquer avec succès. Cependant nous persistons à penser (et notre jugement

---

(1) Voyez le Rapport imprimé à la suite du *Mémoire de M. Roux sur la réunion*.

(2) Béclard avait conseillé d'enlever, à l'aide de quelques traits de scie, l'angle antérieur du tibia, qui, étant très aigu, irrite et ulcère la peau avec laquelle on le recouvre.

M. Larrey fend la peau vis à vis la crête de cet os.

On a vu précédemment le conseil que donne M. Gensoul.

repose sur un assez grand nombre de faits) que si l'on s'attache à disséquer suffisamment la peau, à isoler les muscles et à faire usage de la suture, on peut laisser le péroné en place.

Des appareils et bandages.

41. Les bandelettes agglutinatives seraient bien moins efficaces, si l'on n'en secondait l'emploi par les bandages. Ainsi que font, dans l'amputation de la cuisse, ceux qui en font principalement usage? Avant de poser les bandelettes, ils entourent le membre d'une bande dirigée de haut en bas, dans la vue de refouler les parties molles au devant de l'os et de lutter par là contre l'action des muscles.

Si ce que nous avons déjà dit ne suffisait pas pour faire sentir tous les inconvéniens attachés à ce mode de pansement, nous n'aurions qu'à reproduire ce qu'Alanson a consigné dans son *Manuel pratique sur l'amputation.* La douleur, dit Gooch, étant un symptôme redoutable et capable de produire beaucoup d'accidens, lors même qu'une opération a été bien faite, on doit diriger toute son attention à la prévenir ou à la calmer : *pour cet effet,* ajoute-t-il, *on ne doit pas se servir d'un bandage circulaire serré; car il gêne le cours du sang, augmente la douleur et produit plusieurs accidens graves et consécutifs* (1).

(1) Gooch, *Traité de chirurgie,* tome II, page 335.

Consultez Sharp et Valentin, dans leurs *Recherches critiques sur la chirurgie*, et vous les entendrez l'un et l'autre tenir à peu près le même langage. Nous aussi nous avons vu employer le bandage circulaire à Paris et en province, et nous avons l'intime conviction que les inconvéniens signalés par ces auteurs ne sont nullement exagérés. Disons même (car il est des choses qu'on peut se permettre de répéter) que ces inconvéniens sont bien plus grands quand l'inflammation s'est déjà emparée du moignon. La compression augmente la phlogose, celle-ci favorise la production du pus; on méconnaît la cause de sa formation, on insiste de plus en plus sur l'emploi des mêmes moyens, et le malade finit par succomber à la douleur, ou bien aux pertes qui résultent d'une suppuration toujours croissante.

Soit dit ici pour une bonne fois, nous ne connaissons rien de plus meurtrier, ni de plus antichirurgical que les moyens compressifs appliqués sur des parties récemment enflammées : ce n'est pas par la compression que l'on peut arrêter les progrès des fusées purulentes ; ce moyen ne sert qu'à les accroître et à les entretenir. Quelques contre-ouvertures faites à propos, une position convenable, les pansemens à plat, quelques cataplasmes ou des fomentations émollientes, les effusions sanguines, et surtout les saignées locales sont les vrais remèdes capables d'enrayer la marche de la phlogose et d'en prévenir ou d'en modérer les effets.

42. Le bandage circulaire a encore le grand désavantage de ralentir la nutrition dans le membre, d'atrophier jusqu'à un certain point les muscles, et de favoriser la conicité du moignon. Sans partager exclusivement les idées de Saüter sur les fractures, nous pensons qu'il a fait quelque chose d'utile pour la science, en cherchant à démontrer qu'en plaçant un membre fracturé dans un état constant de flexion, on pouvait se dispenser de l'entourer d'un appareil compressif (1). S'il était réellement possible de maintenir les fractures réduites par la seule position, nous n'hésitons pas à croire que l'on pût accélérer de beaucoup la formation du cal.

43. Après nous être élevé avec force contre le bandage expulsif, on ne peut plus être surpris de nous entendre critiquer l'emploi des appareils compliqués dont on surchargeait autrefois les plaies et les moignons. Sous ce rapport, la chirurgie moderne se distingue essentiellement de la chirurgie ancienne. A quoi bon entasser des masses de charpie sur une plaie récente, à l'envelopper d'un grand nombre de compresses, et à l'*enfouir étroitement dans un sac de linge?* Toutes ces pièces de pansement ne servent qu'à violenter la partie blessée, à fomenter la phlogose, et par conséquent à empêcher la réunion.

---

(1) *Instructions pour traiter sans attelles les fractures,* pages 11 et 12.

Si jadis l'Académie de chirurgie sentit la nécessité de réformer beaucoup d'onguens dont on faisait usage dans le traitement des blessures, il est temps aujourd'hui de proscrire une grande quantité d'appareils et de bandages. Quand les pansemens seront aussi simples que les procédés opératoires, alors nous pourrons dire que la chirurgie a fait un grand pas (1).

De la position du membre.

44. La position est un moyen dont on peut tirer grand parti dans le traitement des solutions de continuité; mais quelle que soit la précision que l'on apporte dans son application, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir par là le contact permanent des lèvres de la plaie. Il est des cas où l'on ne doit pas même chercher à profiter de cet avantage, et où il importe moins d'obtenir une cicatrisation rapide que de conserver la liberté des mouvemens. Ce précepte trouve parfois son application dans le traitement des plaies avec perte de substance? Généralement parlant, il n'en est point ainsi, et l'art du chirurgien consiste à trouver la position la plus favorable pour

---

(1) Si nous ne disons rien des bandages unissans, c'est que tous les auteurs en ont assez longuement parlé : nous n'en nions pas l'utilité, mais nous les croyons plutôt propres à favoriser le rapprochement secondaire des lèvres d'une plaie, qu'à en déterminer la réunion primitive.

arriver au rapprochement des bords de la solution de continuité.

En définitive, on ne se doute pas assez de l'importance de ce moyen, et beaucoup de praticiens échouent dans l'emploi de la méthode adhésive par l'effet seul de cet oubli. Après avoir été témoin du peu d'attention que l'on donne à ce temps de l'opération, nous eussions voulu insister davantage sur ce point ; mais nous avons craint de trop peser sur des choses que tout homme instruit est censé connaître, et nous avons hâte de mettre un terme à ces discussions. Nous nous réservons d'en dire encore quelques mots dans un autre moment.

Conclusions. Que ceux qui voudront retirer de bons effets de la méthode adhésive se pénètrent bien de l'utilité des préceptes que nous venons d'exposer : chacun d'eux est tellement lié à celui qui suit ou à celui qui précède, qu'on ne peut en supprimer un seul sans ébranler l'ensemble de l'édifice. Nous ne prétendons pas qu'il faille, dans tous les cas et sans distinction, employer à la fois les bandelettes, la suture, la position et le bandage; mais les principes relatifs à la section de la peau, à celle des muscles et des os, à la ligature des artères, etc., sont du ressort de toutes les opérations, et touchent de très près au succès de la réunion.

Quiconque désire bien faire en chirurgie doit s'exercer autant aux pansemens qu'aux opérations : ces deux moyens se prêtent de mutuels se-

cours, et contribuent, chacun de leur côté, au soulagement comme au salut des malades. Que le vulgaire, frappé d'étonnement ou de crainte au récit d'une entreprise périlleuse, admire surtout la hardiesse de l'opérateur, rien de plus naturel. Mais nous qui savons que les pansemens sont indispensables, qu'ils peuvent, lorsqu'ils sont bien faits, corriger les vices d'un procédé opératoire, ou, dans le cas contraire, faire échouer l'opération, ce serait vouloir nous abuser nous-même que de ne pas leur accorder toute l'importance qu'ils méritent.

L'opération terminée, et le malade placé dans son lit, il reste encore au chirurgien d'autres devoirs à remplir : c'est à lui qu'il appartient de lever le premier appareil et de faire les premiers pansemens. S'il n'a le soin d'y procéder lui-même, il est à craindre qu'un élève peu attentif ou peu instruit ne compromette en un instant le sort de son malade. Une bandelette mal placée, un bandage trop serré, une traction intempestive exercée sur l'un des fils des ligatures, une position vicieuse donnée au membre, un mouvement trop brusque imprimé à ce dernier, un rien peut amener les résultats les plus graves. Que sera-ce si, comme dans quelques hôpitaux de Paris, la plaie est laissée à découvert durant une ou deux heures, et que le premier pansement ne soit pas même fait sous les yeux de l'opérateur ?

Ces détails sont pénibles à retracer, à connaître, et surtout à mettre en pratique ; mais quand il y

va de la vie des hommes, peut-on prendre trop de soins et de précautions ?

ARTICLE II.

MOYENS GÉNÉRAUX.

Le traitement médical des grandes blessures est l'un des points les plus importans de la thérapeutique, et l'un de ceux sur lesquels on a le moins écrit. Ce défaut de notions serait à peine concevable, dit Dumas, si l'on ne savait que la médecine et la chirurgie ne se sont pas toujours mutuellement aidées de leurs conseils et de leurs lumières, qu'elles ont long-temps mis une fausse gloire à ne pas marcher ensemble, et qu'aux tristes effets de leur insuffisance sont venus quelquefois se joindre les dangers provenant de leurs divisions.

Circonscrite dans les limites étroites des procédés opératoires, la chirurgie ne pouvait que languir dans cet état d'isolement ; il lui restait encore à connaître tout le prix des connaissances médicales. En effet, le chirurgien ne doit pas être seulement opérateur, il faut qu'il unisse des vues saines sur le mécanisme de son art à des idées exactes sur la nature et le traitement des maladies, et que sa main n'exécute rien dont son esprit ne puisse entrevoir et calculer les suites.

Imbu depuis long-temps de ces principes, nous pensions donner sur ce sujet un article fort étendu, quand nous nous sommes aperçu qu'un tra-

vail de ce genre serait étranger à la matière que nous traitons. Puisqu'il n'est ici question que de la réunion immédiate, et que nous avons déjà prouvé que ce phénomène réparateur est un des actes les plus simples de l'économie, à quoi bon invoquer pour sa manifestation les secours de la médecine? Cependant, comme la méthode adhésive ne réussit pas toujours alors même que l'on a fait tout ce qui était nécessaire pour l'obtenir, et que son succès se rattache dans quelques cas à la marche de la *fièvre* dite *traumatique*, disons quelques mots sur cette dernière.

1°. Considérée dans son état le plus simple, cette fièvre paraît être l'effet de l'ébranlement que le système nerveux a éprouvé, elle succède de près à la blessure, parcourt ses périodes avec rapidité, se rapproche de la fièvre éphémère inflammatoire, et semble avoir pour résultat définitif le rétablissement complet de l'équilibre : aussi, mérite-t-elle d'être respectée dans sa marche. Il est des cas où il importe même de provoquer son apparition. Mais comme elle n'est que l'expression de la douleur, et que chaque sujet a sa manière d'être et de sentir, elle peut et doit nécessairement varier à l'infini.

Tantôt la cause qui l'enchaîne est due à un état de collapsus tellement profond, qu'il est à craindre que le malade succombe avant même que la réaction ait pu se faire. C'est dans ces circonstances que les antispasmodiques diffusibles à l'intérieur, les légers toniques, les frictions sèches sur les mem-

bres, l'application de linges chauds, les sinapismes sur les extrémités peuvent, en réveillant la vie, dissiper ces concentrations viscérales, trop souvent mortelles. Tantôt, au contraire, la douleur, qui est le symptôme dominant, paralyse ou trouble les mouvemens du cœur, cause un bouleversement général dans l'organisme, et menace le blessé d'une fin prochaine : c'est alors que les sédatifs et les narcotiques conviennent.

Ce cas nous rappelle la belle distinction faite par Sarcone, au sujet des pleurésies lancinantes nerveuses, et nous donne une preuve de plus de l'importance des connaissances médicales dans l'exercice de la chirurgie (1). Le professeur Delpech est tellement partisan de ce mode de médication, qu'il pratique rarement une opération un peu grave sans donner immédiatement après une potion opiacée. En général, dit-il, la mort du malade est assurée à la suite d'une opération qui a duré au delà de demi-heure, et après laquelle on ne fait pas cesser immédiatement la douleur (2).

---

(1) Il faut distinguer, disait Sarcone, si *la douleur est mère ou fille de l'inflammation.* (*Maladies observées à Naples*, tome I, page 151.)

Que n'a-t-on, dans ces derniers temps, tenu assez compte de cette distinction !

(2) La circonstance d'une douleur prolongée n'est pas une condition indispensable pour que des accidens nerveux se développent. L'observation prouve que des violences long-temps prolongées sur des organes dont la sensibilité de conscience est

Mais, pour retirer de bons effets de l'opium, on doit toujours en proportionner la dose à l'intensité de la douleur, et savoir en varier à propos le mode d'administration. Il est des malades chez lesquels l'estomac ne peut s'en accommoder, et où il faut le donner par le rectum.

Outre que ce médicament a l'avantage de calmer la douleur, il a encore celui de porter les mouvemens à la peau, d'activer la circulation et de produire après un certain temps une légère diaphorèse, qui favorise aussi de son côté la chute du spasme. Il n'est guère que les opérations faites sur la tête, où il faille être un peu plus réservé sur l'emploi de ce remède (1). Toutefois, il convient,

---

très obscure ou nulle ont pu déterminer des accidens semblables. J'ai vu, dit M. Pelletan, la dissection trop long-temps prolongée d'une tumeur être suivie de mort, quoique l'opération ne fût que médiocrement douloureuse dans chaque instant de sa durée. (*Unité de l'art de guérir*, page 34.)

Des tumeurs osseuses d'un grand volume, enlevées par fragmens, exigent l'emploi de la gouge et du maillet, opération peu douloureuse, mais accompagnée parfois de la mort en moins de douze heures.

Puisque la longueur de l'opération, la douleur qui l'accompagne, la sensibilité des organes intéressés ne fournissent pas toujours la raison des accidens, ne sommes-nous pas forcé d'admettre dans l'économie vivante des degrés divers d'affectibilité qui peuvent suppléer au peu d'intensité de la provocation? S'il était possible de reconnaître à l'avance les dispositions de l'économie et les moyens propres à les modifier, la médecine opératoire aurait trouvé la solution d'un grand problème.

(1) *Istituzioni chirurgiche di Monteggia,* tome III, page 203.

dans tous les cas, d'en suspendre à propos l'administration; car, au moment où la réaction va s'annoncer, il sera peut-être nécessaire de recourir aux antiphlogistiques. Il est des sujets chez lesquels le système vasculaire exerce une telle prépondérance, qu'il faut en venir de très bonne heure à ces moyens. C'est dans un cas de ce genre et à la suite de l'opération de la taille, que le professeur Lallemand fit avorter tous les symptômes par un bain de trois heures, précédé d'une large et copieuse saignée.

Ces quelques détails, auxquels nous pourrions donner un grand développement, si c'en était ici le lieu, feront probablement sentir que la *fièvre vulnéraire* n'est point *une*, qu'elle ne constitue pas une affection fébrile particulière, et qu'elle peut tour à tour revêtir mille formes ou présenter divers degrés d'intensité, selon les individus et les circonstances.

Gardons-nous de la confondre avec la fièvre de suppuration ou avec les pyrexies qui compliquent parfois les grandes blessures : l'une n'est qu'un effet immédiat de la douleur; les autres sont toujours plus ou moins étrangères à l'action de l'agent vulnérant, et demandent une méthode de traitement spéciale. Il n'est aucune espèce de pyrexie que l'on ne puisse voir se manifester à cette occasion.

2°. Si les écrivains ont tant varié sur la nature de ces dernières, c'est qu'ils ont eu à traiter telle ou telle autre espèce de fièvre et qu'ils ont voulu ap-

pliquer à l'ensemble des faits le résultat de leurs propres observations. Celse tend à la représenter comme de nature inflammatoire (1). Magatus reconnaît qu'elle est souvent *du genre des putrides*, mais qu'elle provient aussi de différentes diathèses, et qu'elle se montre tantôt sous le type continu, tantôt sous le type quotidien, tierce ou quarte(2). A. Paré établit qu'elle peut dépendre d'une *matière bilieuse* (3). Guillemeau la déduit du *vice des humeurs et de la cacochymie* (4). Heister propose un traitement antiphlogistique contre les fièvres des plaies, et semble les mettre au rang des *inflammatoires* (5). Van Swieten compte, au nombre des maladies qui compliquent gravement les plaies, une *fièvre violente avec tendance à la putridité* (6).

3°. Dumas, dont l'esprit à la fois observateur et philosophique s'est attaché à la recherche des complications qui entravent le succès des grandes opérations, a bien reconnu qu'il existait une fièvre rémittente qui faisait périr un grand nombre de blessés ; mais il était doué d'un jugement trop sain pour vouloir faire rentrer dans ce cadre toutes les affections fébriles qui se joignent aux effets du traumatisme : aussi n'en a-t-il parlé que comme d'une

---

(1) Corn. Cels, *De re medic.*, lib. V, cap. 26.

(2) *De vulner. rar. medic.*, page 516 et suiv.

(3) Livre X, *des Plaies*.

(4) *OEuvres chirurgicales*, page 617.

(5) *Institutions chirurgicales*, tome Ier., page 81.

(6) *Comment. in Aph.*, tome Ier., page 284.

complication qu'il avait eu de fréquentes occasions d'observer. Seulement, il eût été à désirer que l'auteur eût fait mention des résultats fournis par l'examen cadavérique (1). Tâchons, autant que possible, de suppléer à cet oubli.

Il fut divers momens, dans l'hôpital Saint-Eloi, où nous eûmes occasion de voir quelques opérés succomber à la *fièvre rémittente :* nous les avons toujours soigneusement ouverts, et nous venons aujourd'hui rendre hommage à la vérité en disant que, malgré toutes nos recherches, souvent nous n'avons rien trouvé. Deux ou trois fois (car nous n'écrivons en faveur d'aucun système), nous avons vu du pus dans plusieurs veines et jusque dans le cœur; dans quelques cas, des abcès nombreux dans le foie.

Ce qui nous avait principalement frappé chez ces derniers blessés, c'est que les préparations de quinquina, qui produisaient au moins quelque amendement chez les autres, avaient paru chez eux exaspérer le mal. Instruit par les autopsies, nous avons voulu y regarder avec plus d'attention, et nous avons reconnu que dans ce cas il n'existait pas cet assoupissement que Dumas signale comme un caractère constant de la fièvre rémittente; que les accès étaient plus rapprochés, plus irréguliers et moins bien caractérisés. En pro-

---

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation,* tome IV.

fitant de toutes ces remarques, nous avons appris plus tard à distinguer les accès essentiellement fébriles de ceux liés à la présence d'un foyer inflammatoire, et rarement l'autopsie a démenti le diagnostic qui avait été porté.

Ainsi, tout en nous éclairant du flambeau de l'anatomie pathologique, nous avons acquis la conviction qu'il existe des accès périodiques indépendans de toute altération d'organe, du moins apparente, et susceptibles de céder à l'action du quinquina. Peut-être à mesure que nos moyens d'investigation anatomique se perfectionneront, trouverons-nous des lésions viscérales ou autres là où nous n'avons pu en découvrir; mais ne devançons pas les faits.

Quand on a vu comme nous, sur les mêmes lieux et dans les mêmes saisons, les professeurs Delpech et Lallemand d'une part, les professeurs Broussonnet et Caizergues de l'autre, administrer le quinquina avec un égal succès, les uns contre des fièvres intermittentes ou rémittentes sans lésions traumatiques, les autres à la suite des grandes opérations, il faudrait vouloir se refuser à l'évidence, pour ne pas se rendre à ces faits. Et d'ailleurs, comment rejeter ouvertement les observations de Sydenham, de Morton, de Torti, de Werloff, d'Huxham, de Galeati, de Medicus, d'Heister, de Clegorn, de Rahn, de Baumes et d'Alibert?

4°. Au traitement des plaies d'armes à feu se rattache d'une manière encore bien plus étroite

l'influence des notions en médecine : quels hommes plus que les gens de guerre peuvent offrir des exemples d'un si grand nombre de complications ? Est-il une cause morbide à l'action de laquelle ils ne soient exposés ? Intempéries de l'air, fatigues, insomnies, marches forcées, sensations pénibles et agréables, privations de toute espèce, excès de tout genre, mauvaise nourriture; tout semble conspirer contre leur santé. Et comment, au milieu de ces conditions défavorables, échapper à l'action de tous les agens destructeurs qui nous entourent ? Aussi, périt-il dans les hôpitaux au moins autant de malades des accidens qui compliquent les blessures, que des blessures elles-mêmes. C'est donc aux chirurgiens d'armée qu'il appartient d'agrandir cette partie du domaine de la thérapeutique.

Déjà, le célèbre Lamartinière avait remarqué que les complications gastriques et bilieuses étaient très communes chez les soldats, et il se servait avec succès de la méthode évacuante (1). Dans la suite, Lombard s'empara de cette idée, et en fit le texte d'un mémoire particulier (2).

En signalant la fréquence des affections intestinales chez les militaires, nous ne voudrions pas qu'on en inférât que toutes doivent être traitées de la même manière. Nous savons (et nous de-

---

(1) *Mémoires de l'Académie,* tome IV, in-4°., page 17.

(2) *Dissertation sur l'utilité des évacuans.*

vons le dire) qu'il en est qui reconnaissent pour cause l'inflammation de la muqueuse ; mais doit-on toujours s'en tenir aux antiphlogistiques ? Le professeur Lallemand, dont les opinions médicales sont connues et respectées de tout le monde, n'a-t-il pas fait quelquefois avorter en notre présence et par les évacuans seuls une complication gastrique prête à éclater ? Stoll, traitant des complications de la fièvre estivale, et rapportant l'histoire de plusieurs blessés qui en éprouvèrent l'atteinte, faisait-il autrement (1)? Ainsi, le but ne doit pas être désormais de se rallier à des doctrines exclusives, mais de s'offrir mutuellement la paix. Le génie de la conciliation, a dit le professeur Ribas, est celui de l'éclectisme (2).

Interrogez les auteurs qui se sont occupés des épidémies, tels que Sydenham (3), Pringle (4), Sarcone (5), Rœderer et Wagler : tous vous parleront de l'influence de ces maladies sur la marche des solutions de continuité. Durant l'épidémie qui régna à Gottingue, Rœderer et Wagler suivirent les effets qu'elle produisit sur les plaies,

---

(1) *Ratio medendi*, tome II, page 147.

(2) *De l'anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies*, tome I, page 432.

(3) *Médecine pratique.*

(4) *Observations sur les maladies des armées dans les camps, dans les prisons.*

(5) *Maladies observées à Naples.*

et observèrent qu'elle changeait promptement leurs caractères, en altérant la matière purulente, qui perdait ses premières qualités et devenait crue, âcre, fétide, ichoreuse et sans consistance (1).

5°. Quant aux moyens propres à seconder indirectement la réunion, ils se bornent à très peu de chose : tous nos efforts doivent tendre, en pareil cas, à réduire l'inflammation à un degré aussi faible que possible. La diète, les boissons émollientes, les saignées générales et locales sont les moyens les plus généralement usités.

Après la guérison, ou même avant, si elle était trop lente, il importe de combattre par des remèdes appropriés les diverses complications qui pourraient éclater : souvent l'on a vu une cicatrice déjà formée se détruire pendant la durée d'une maladie ; l'influence des diverses diathèses n'est pas moins à redouter.

Ce serait un tableau bien intéressant à présenter, que celui des modifications et des nuances que les maladies internes peuvent imprimer aux lésions physiques ; mais qu'il nous suffise de quelques traits que nous venons d'esquisser, pour en faire entrevoir l'utilité. Que serait-ce si nous parlions des affections sympathiques que les lésions vulnéraires sont susceptibles de réveiller ? « Ce ne sont pas » tant les blessures que l'on doit craindre, dit John » Bell, que les lésions vitales auxquelles elles peu-

(1) *De morbo mucoso.*

» vent donner lieu; la difficulté n'est pas de dilater
» une plaie ou de la réunir, d'en extraire un corps
» étranger, mais bien de préserver le blessé ou de
» le guérir de ces maladies épidémiques et conta-
» gieuses si communes aux armées. » Telle est la
voie large, mais difficile, dans laquelle nous de-
vons désormais marcher, si nous voulons donner
à nos travaux un but réellement utile.

CHAPITRE IV.

RÉPONSES AUX OBJECTIONS CONTRE LA RÉUNION IMMÉDIATE.

Quels que soient les avantages que présente un procédé opératoire nouveau par sa nature ou son application, rarement il est à l'abri de la critique, soit qu'il offre des inconvéniens réels, soit que ceux qu'on lui attribue proviennent de l'usage malentendu qu'on en a fait. N'allons pas croire que l'homme aime et embrasse l'erreur pour l'erreur elle-même : « Il n'y a pas et même il ne peut y avoir de folie, dit Cabanis, qui n'ait son coin de vérité, qui ne tienne à des idées justes sous certains rapports, mais mal circonscrites et mal liées à leurs conséquences. » Le point essentiel consiste donc à savoir si les inconvéniens que l'on a reprochés à la réunion sont, en effet, la suite immédiate de ce mode de pansement, ou résultent de toute autre cause : c'est là ce que nous allons examiner.

Première objection.

L'un des grands argumens que l'on oppose toujours à la réunion primitive est le suivant : *si, dans le cas d'hémorrhagie*, dit-on, *la plaie a été réunie par première intention, le sang s'infiltre dans les tissus, et, à la levée de l'appareil, on a beaucoup de peine pour trouver le vaisseau : de là, la*

difficulté d'arrêter le sang, et les dangers qu'entraîne son extravasion.

Pour répondre convenablement à cette objection, nous distinguerons les cas dans lesquels l'hémorrhagie est primitive, de ceux où elle n'est que secondaire.

1°. Si l'hémorrhagie se manifeste quelques instans après l'opération, n'est-il pas aussi aisé et moins douloureux de couper quelques points de suture, ou d'enlever quelques bandelettes, que d'arracher de la surface d'une plaie des tampons de charpie imbibés de sang et confondus pour ainsi dire avec les chairs? C'est parce que nous avons vu employer l'un et l'autre de ces moyens, que nous trouvons dans la comparaison de leurs effets respectifs des raisons suffisantes pour nous ranger en faveur de la méthode adhésive. Rappelons, à ce sujet, ce qui s'est passé chez un soldat suisse, auquel le professeur Lallemand ayant amputé le bras, une hémorrhagie survint quelques heures après l'opération.

L'appareil et les bandelettes ayant été enlevés et la surface du moignon mise à sec, on reconnaît que la ligature placée sur la brachiale s'est en partie détachée; on en applique une autre, les lèvres de la plaie sont tout aussitôt rapprochées comme on l'avait fait d'abord, et la guérison a lieu dans l'espace de six jours : ce malade est celui dont il a été déjà question.

L'emploi de la réunion immédiate ne s'oppose donc pas à ce qu'on puisse remédier aux dangers de l'hémorrhagie primitive.

Sur douze amputations de cuisse, dit M. Roux, une fois seulement il y a eu hémorrhagie : cet accident survint le jour même, et durant les premières heures qui suivirent l'opération ; on en fut averti presqu'à l'instant, et *à la levée de l'appareil je n'ai pas vu qu'il y eût plus de sang épanché et coagulé dans l'intérieur de la plaie, que si celle-ci, n'ayant pas été réunie, le même accident avait eu lieu.* D'ailleurs, *en supposant que l'hémorrhagie arrive quand on réunit, on peut y remédier aussitôt et aussi facilement que lorsqu'elle survient sans cette circonstance* (1). Voilà, assurément, une réponse bien directe au premier membre de l'objection.

2°. Il n'en est pas ainsi, nous dira-t-on, quand une partie de la plaie étant déjà réunie, l'hémorrhagie vient à paraître : en effet, quel que soit le procédé que l'on ait employé dans ce cas, nous ne pensons pas qu'on doive lever l'appareil pour aller lier le vaisseau qui fournit le sang. Si l'hémorrhagie est assez forte pour compromettre les jours du malade, il faut en venir à la ligature de l'artère principale, au dessus du moignon. Déjà, à cette époque, l'inflammation s'est emparée de la surface de la plaie, et les vaisseaux ne sauraient plus supporter l'action de la ligature (2). D'ailleurs, les recherches

(1) *Mémoire sur la réunion*, page 8.

(2) Quoiqu'une opinion contraire ait été manifestée dans une thèse soutenue à Paris en 1826, nous ne pensons pas que personne, pas même celui qui l'a émise, osât aujourd'hui la reproduire.

que l'on serait obligé de faire pour découvrir l'artère auraient au moins des conséquences aussi graves que le procédé opératoire que nous proposons. Quel rapport y a-t-il entre une incision faite pour la ligature d'un vaisseau, et la mise à nu de la surface d'un moignon ? Que ceux qui ont pu observer de leurs propres yeux les terribles effets de ce dernier moyen lisent avec attention l'observation suivante, et nous leur laisserons le soin de faire le parallèle.

Sixième observation.

Tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne. — Amputation de la jambe. — Réunion immédiate. — Hémorrhagie. — Ligature de la crurale dans le pli de l'aine. — Guérison rapide.

Castel Pierre, âgé de trente-quatre ans, couché au n°. 20 de la salle Saint-Côme, entra, le 11 janvier 1826, à l'hôpital Saint-Eloi pour s'y faire traiter d'une maladie de l'articulation tibio-tarsienne droite, survenue à la suite d'une contusion violente : quatre mois environ s'étaient écoulés depuis l'accident, et malgré l'emploi successif des effusions sanguines locales, des cataplasmes émolliens et le repos le plus parfait, le mal prenait toujours une nouvelle intensité.

Le chirurgien aux soins duquel le malade s'était confié en dernier lieu, croyant à l'existence d'une nécrose de la malléole interne, agrandit quelques ulcérations qui existaient dans ce point, et fit des recherches pour l'extraction du prétendu séques-

tre : ces tentatives, faites dans un lieu très voisin de l'articulation, suscitèrent une réaction fébrile violente, et firent sentir au malade la nécessité de se confier à des mains plus exercées : alors il se rendit à Montpellier. Son état était si désespérant, et la fièvre hectique avait déjà si profondément usé ses forces, qu'il fallut avoir recours à l'amputation du membre. L'opération fut pratiquée dans le lieu d'élection, la plaie réunie au moyen de plusieurs points de suture, de bandelettes agglutinatives et d'un bandage contentif.

Le malade était dans un état fébrile trop avancé pour ne pas ressentir les effets de l'ébranlement qu'une opération majeure imprime toujours plus ou moins à l'organisme. La fièvre traumatique fut assez forte, et ce qu'il nous importe encore plus de noter, le second jour de l'opération, on vit paraître un léger érysipèle sur le côté externe de la jambe. On enlève tout aussitôt les pièces d'appareil ; on applique quelques sangsues sur le moignon et on l'enveloppe de linges trempés dans une décoction émolliente.

Le 14 février, quatrième jour de l'opération, on coupe les points de suture, et l'on voit avec satisfaction que la réunion avait eu lieu à la partie moyenne du moignon. Les angles de la plaie fournissaient un peu de pus, la teinte érysipélateuse avait disparu.

Le 24, il ne restait à cicatriser qu'un petit point vis à vis le péroné : on reconnaît un petit abcès, on donne un coup de lancette, et, le 26, la cicatri-

sation est complète, à l'exception du lieu qui donne passage à la seule ligature qui ne se soit pas encore détachée.

Tout allait au gré des désirs du malade et de l'opérateur, lorsque le 1er. mars, à quatre heures du matin, Castel se voit baigné de sang : on m'appelle, et la compression exercée sur la crurale peut seule mettre un terme à l'hémorrhagie.

A huit heures, l'hémorrhagie se renouvelle, et cette fois elle est si abondante, que le professeur Delpech, alors présent, juge à propos de lier l'artère crurale. La ligature est faite immédiatement au dessous de l'arcade, et la plaie réunie à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives : un caillot se forme à l'instant à l'endroit par où s'écoulait le sang, il se détache peu à peu; quatre jours après, la ligature tombe, et la cicatrisation du moignon est achevée.

Quant à la plaie faite pour la ligature de l'artère, quelques jours suffirent pour la guérison, et l'anse de fil se détacha le quatorzième.

Réflexion. Cette observation est tellement concluante par elle-même, que nous nous dispenserons de toute espèce de commentaire; mais comme en chirurgie un fait ne suffit jamais pour une démonstration, nous en citerons un autre, et nous choisirons à dessein le plus grave que nous ayons jamais observé.

Septième observation.

Fractures de la cuisse et de la jambe. — Difformité consécutive. — Amputation de la cuisse. — Réunion par première intention. — Hémorrhagie le huitième jour. — Ligature de la crurale. — Nouvelle hémorrhagie par ce dernier vaisseau. — Compression. — Guérison complète le quarantième jour.

Jean-Baptiste Cicéri, âgé de trente-sept ans, natif de Saint-Dalmat en Piémont, s'étant fracturé la cuisse et la jambe, à l'occasion d'une chute du haut d'un échafaudage, était depuis long-temps obligé de se traîner sur deux béquilles, lorsque le désir de se débarrasser d'un membre qui lui était à charge le fit entrer à l'hôpital Saint-Eloi, pour y subir l'amputation.

Dans le principe, on pensa pouvoir se contenter d'amputer la jambe, et l'on fit quelques tentatives pour rendre à l'articulation du genou une partie de sa mobilité ; mais les douleurs qu'éprouva le malade furent telles, qu'il demanda à grands cris l'amputation. Le professeur Delpech crut enfin pouvoir céder à ses instances, et nous chargea d'exécuter l'opération (8 mai 1827).

Nous pratiquâmes l'amputation de la cuisse selon les règles déjà tracées, et nous réunîmes la plaie *d'avant en arrière* au moyen de six points de suture et de plusieurs bandelettes de diachylon.

Quoique le malade eût manifesté peu de sensibilité, nous lui fîmes administrer une potion avec cinquante gouttes de laudanum de Sydenham à prendre en plusieurs fois.

Deux heures après, l'appareil était déjà baigné de sang; on comprime la crurale et l'hémorrhagie s'arrête. Bientôt le sang coule de nouveau : on saigne le malade, on applique sur le moignon quelques compresses trempées dans l'eau froide, et l'hémorrhagie est encore suspendue.

Jusqu'au 12 mai, tout alla assez bien : ce jour-là, on fait le premier pansement, et comme il y a un peu de sang épanché, on enveloppe le moignon d'un cataplasme soutenu par un bandage contentif.

Le lendemain, le moignon est déjà en partie dégorgé, sans douleur, sans inflammation; les angles de la plaie sont réunis, les points de suture restent en place.

Le 15, on retire peu à peu les fils, le sang extravasé s'écoule par la plaie, le malade n'a plus de fièvre, on lui donne quelques alimens.

Le 16, Cicéri, voulant aller à la selle, se lève sur son lit, et se laisse tomber sur le moignon : une heure après, gonflement considérable de la cuisse, écoulement abondant de sang par la plaie, douleurs lancinantes dans le membre, altération profonde des traits.

A quatre heures après midi, l'hémorrhagie reparaît, et le chirurgien de service envoie chercher M. Delpech, qui sur-le-champ fait la ligature de la crurale au dessous du ligament de Fallope. Il annonce qu'il croit les tuniques de l'artère malades, et qu'il ne serait pas étonné qu'il y eût une nouvelle hémorrhagie : on rapproche les bords de la plaie avec des bandelettes.

Malgré ce nouvel accident, le malade se rétablit rapidement sous l'influence du même mode de traitement, c'est à dire les cataplasmes émolliens et un appareil contentif : le moignon se dégorge de jour en jour, les ligatures tombent, les lèvres de la plaie se rapprochent, et finissent par se confondre; le 18 juin, le moignon était entièrement cicatrisé.

Le 7 du même mois, une nouvelle hémorrhagie avait eu lieu dans le pli de l'aine, et il nous avait fallu exercer une compression forte et soutenue, pour nous rendre maître du sang.

Le 11, une cinquième hémorrhagie paraît; M. Delpech allait tenter la ligature de l'artère iliaque externe, lorsqu'il est arrêté par quelques considérations que nous ne pouvons indiquer ici.

On place sur la plaie plusieurs rondelles d'amadou, que l'on fait soutenir exactement par la main d'un aide, durant plusieurs jours. Un caillot se forme, les battemens de la tumeur diminuent, disparaissent; la plaie se resserre, se ferme, et dix jours après le malade est tout à fait hors de danger.

Nous l'avons encore revu en juin 1828, avant notre départ pour Paris, et rien de nouveau n'était survenu.

Réflexions. Il serait difficile, même par la pensée, de trouver un fait plus compliqué; et, cependant, quelle que soit la prévention que l'on ait contre la réunion immédiate, on sera forcé de convenir que les hémorrhagies successives qui ont eu lieu n'ont pas causé d'accidens bien graves. La vie du sujet n'a réellement été compromise que par les pertes de

sang réitérées qu'il a éprouvées. Ce fluide, loin de se répandre dans le tissu cellulaire du membre, et de produire ces infiltrations sanguines dont on a tant exagéré les dangers, s'est épanché à la surface du moignon, et a soulevé la peau qui le recouvrait, s'est frayé une issue, même à travers les points de suture, s'est écoulé en partie, et en partie a été resorbé. Le malade a été entièrement guéri le quarantième jour. A peine y a-t-il eu un peu d'engorgement inflammatoire, presque pas de réaction fébrile.

Remarquez que, nonobstant les circonstances les plus défavorables, il n'a fallu, pour obtenir la cicatrisation de la plaie, que le temps le plus court dont la nature ait besoin pour arriver à ce résultat quand on livre la solution de continuité à la suppuration. En convenant, dit M. Maunoir (1), que l'hémorrhagie puisse être la cause de la mort des malades, je me permets de faire observer que ce sera toujours par la faiblesse où elle les jette, et non par les désordres et les infiltrations *qu'on suppose devoir arriver dans le moignon.*

Plus nous y réfléchissons, moins nous pouvons concevoir l'obstination des chirurgiens, qui, d'une part, reconnaissent l'indispensable nécessité d'enlever les corps étrangers que l'on trouve à la surface des plaies, et, de l'autre, recommandent d'en couvrir la surface des moignons. Mais quelle diffé-

---

(1) *Mémoire sur les amputations,* page 45.

rence y a-t-il entre une solution de continuité faite par un sabre et celle faite par un couteau à amputation? Pourquoi s'efforcer de réunir une plaie quand déjà elle suppure, alors que, quelques jours, quelques instans avant, et tandis que tout était disposé pour la réunion, ce mode de pansement inspirait tant d'horreur? Que s'est-il donc passé dans ce court espace de temps? Comment tous les argumens que l'on alléguait naguère ont-ils perdu toute leur valeur? Quelle étrange métamorphose s'est donc opérée? Initiez-nous à tous ces mystères, ou nous nous éleverons toujours contre ces doctrines irrationnelles.

3°. A l'objection à laquelle nous venons de répondre, se rapporte une autre espèce d'hémorrhagie dont a parlé le professeur Pelletan, et qu'il signale comme un motif de plus de réprobation contre la réunion immédiate.

Selon lui, cette hémorrhagie, fournie par le système capillaire, se manifeste un ou plusieurs jours après l'opération, occasione des infiltrations sanguines très étendues, et cause presque toujours la mort des amputés. En effet, sur six cas d'amputation dont rend compte le professeur de Paris, cet accident a eu lieu constamment, et cinq malades ont succombé.

Nous avons entendu, à ce sujet, des chirurgiens très recommandables combattre les idées du professeur Pelletan, en prétendant expliquer les insuccès de ce praticien par le défaut de soin qu'il apportait dans la ligature des vaisseaux. Ce repro-

che est mal fondé, il faut présenter les choses telles qu'elles sont. L'auteur de la *Clinique chirurgicale* dit expressément qu'à l'autopsie des amputés, *il a toujours trouvé les vaisseaux bien liés*, *et qu'il a acquis la conviction que le sang provenait du système capillaire.*

Cette hémorrhagie tient à deux causes, ajoute-t-il : 1°. à la ligature d'un grand nombre de vaisseaux à la surface du moignon, et, par suite, au reflux du sang dans les plus petits; 2°. à la compression exercée par le bandage circulaire, et au refoulement du sang dans les vaisseaux profonds: car, dit le professeur Pelletan, l'effet de la compression est rendu bien manifeste par la cessation de l'hémorrhagie quand l'appareil est enlevé (1).

Après avoir observé avec autant d'exactitude la cause de tous ces accidens, il est presque inconcevable que ce praticien n'ait pas trouvé sur-le-champ le moyen d'y remédier. N'était-il pas naturel, se dira-t-on, qu'il renonçât enfin à l'application du bandage circulaire et de la capeline? Non, M. Pelletan considérait l'usage de ces derniers moyens comme indispensable pour s'opposer à la rétraction musculaire, et cette erreur fut en grande partie la cause de tous les revers qu'il éprouva.

Ce qui nous porte à penser ainsi, c'est que nous avons eu à remédier quelquefois à des hémorrhagies du genre de celles dont parle M. Pelletan, et que la section des bandages a toujours suffi pour arrêter

---

(1) *Clinique chirurgicale*, tome III, page 226.

l'écoulement de sang : au contraire, tant qu'on n'a pas employé le bandage circulaire (et le nombre des amputations que nous avons vu faire sans y avoir recours est très considérable), nous n'avons jamais été inquiété par cet accident.

M. Maunoir, dont on ne saurait trop citer le travail sur les amputations, a émis à peu de chose près les mêmes idées, et quiconque voudra se donner la peine de lire avec attention la *Clinique* de M. Pelletan arrivera à coup sûr aux mêmes conséquences (1).

En supposant que cette cause ne pût pas, à elle seule, rendre compte des fâcheux effets que la réunion a produits entre les mains de M. Pelletan, la manière dont ce chirurgien pansait ensuite ses malades donnerait le mot de l'énigme : *Si, au lieu de maçonner la plaie avec des tampons de charpie saupoudrés de quinquina, sous le prétexte de*

---

(1) Dans la première observation, M. Pelletan, parlant de la manière dont il pratiqua l'opération, dit : Des emplâtres agglutinatifs furent placés en travers, de manière à tenir non seulement les bords de la plaie en contact, mais même à les comprimer et à les appliquer efficacement sur le moignon, etc. En voilà sûrement assez, dit M. Maunoir, pour prouver que la compression de la peau sur le moignon est regardée comme indispensable au succès de l'opération, qu'on a toujours par conséquent exercé cette compression, ou qu'au moins on a voulu l'exercer ; et c'est précisément, je le répète, cette compression qui a fait le mal et qui a nui au succès. (*Mémoire sur les amputations*, page 46.)

prévenir la putridité, il eût fait des pansemens doux et émolliens, le résultat eût été tout autre.

Deuxième objection.

On a cru faire encore une objection sans réplique contre la réunion immédiate, en disant : *Si les tégumens se réunissent et que les parties profondes suppurent, le pus, ne pouvant plus se porter au dehors, s'infiltre dans le tissu inter-musculaire et donne naissance à des fusées purulentes très étendues.*

D'abord, nous ferons remarquer que cette objection est plus spécieuse que solide; car lorsque les parties profondes d'une plaie viennent à suppurer, il est rare que la peau qui les recouvre se prête à l'accomplissement des phénomènes adhésifs; le plus souvent l'inflammation s'étend jusqu'aux tégumens, et la réunion échoue. C'est là ce que nous avons observé maintes et maintes fois. Nous n'irons pas chercher les preuves dans les faits que nous avons recueillis nous-même, nous préférons les emprunter à ceux qui professent une opinion contraire à la nôtre. Cette manière de procéder est à la fois plus sûre et porte mieux la conviction dans les esprits : aussi, lui donnerons-nous, autant que possible, la préférence.

Huitième observation.

Tumeur cancéreuse au sein, ablation, excavation au centre de la plaie — Rapprochement des bords par les bandelettes. — Réunion partielle, point d'adhésion entre les lèvres de la plaie vis à vis le lieu où il y a eu formation de pus.

Au n°. 4 de la salle Sainte-Catherine était une femme âgée de vingt-quatre ans, portant au sein droit une tumeur dure, très mobile, survenue sans cause connue, et qui s'était accrue insensiblement. Le 8 janvier 1828, M. Boyer la mit à découvert par une incision longitudinale et en fit l'extirpation.

La tumeur était à peu près sphérique, du volume d'une grosse pomme de reinette et vraiment squirrheuse. Cette extirpation laissa un grand vide qui semblait contre-indiquer la réunion immédiate; cependant M. Boyer mit les bords de la plaie dans un contact parfait, qu'il assura au moyen de bandelettes agglutinatives.

A la levée du premier appareil (le quatrième jour), les bords de l'incision faite aux tégumens adhéraient dans leurs tiers supérieur et inférieur; le tiers moyen ne s'était pas agglutiné. L'écartement des lèvres de la plaie en ce point conduisait dans une cavité qui secrétait un pus de bonne qualité.

Dans les pansemens suivans, on eut le soin de faire rapprocher toujours exactement les parois de cette cavité et les bords correspondans de l'incision, au moyen de quelques tampons de charpie et de quelques bandelettes. Bientôt l'adhésion

eut lieu dans toute la surface de la plaie. Dès le quinzième jour, la plaie était réduite à des dimensions linéaires. Le vingt-cinquième, elle était entièrement guérie (1).

Neuvième observation.

Tumeur cancéreuse au sein. — Ablation. — Réunion partielle de la plaie. — Suppuration dans le reste. — Guérison.

Au n°. 21 de la même salle, était une autre malade, à laquelle on pratiqua, le 15 décembre, l'amputation du sein gauche; la plaie elliptique qui en résulta fut réunie immédiatement dans les tiers supérieur et inférieur. La perte de substance que la peau avait soufferte au tiers moyen empêcha que les bords de la solution de continuité fussent mis en contact dans ce point. *La plaie guérit par adhésion primitive dans les points où elle avait été réunie, et une suppuration de bonne nature s'établit dans le reste de son étendue. Cette dernière partie fut plus de deux mois à se cicatriser.* La malade n'a éprouvé aucun accident dépendant de l'opération.

Réflexions. Tenez bien compte de ces deux observations recueillies à l'hôpital de la Charité, bientôt nous aurons occasion de les opposer à deux autres, dans lesquelles la réunion n'a pas été employée.

Accordons maintenant à nos adversaires la possibilité de la supposition sur laquelle repose leur

---

(1) *Clinique des Hôpitaux,* 12 avril 1828.

argument, et voyons ce qu'il pourrait en résulter. Quand bien même la réunion serait complète à l'extérieur et que la surface du moignon suppurerait, comment y aurait-il nécessairement des fusées dans la longueur du membre? Il est un fait d'observation qui prouve que la matière purulente a beaucoup plus de tendance à se porter au dehors qu'à l'intérieur. Pourquoi, dans la circonstance actuelle, la règle serait-elle en défaut? Voici ce qui arrive ordinairement : le pus soulève les tégumens, les enflamme, les ulcère, et s'écoule assez librement au dehors, soit en déchirant un point de la cicatrice, soit en se frayant une autre voie. Un coup de lancette donné à propos est un moyen bien plus sûr encore de prévenir toute espèce d'accident. C'est, en un mot, un abcès qu'il faut traiter comme dans toute autre région.

Qui ne voit que les fusées purulentes, n'étant que le résultat de l'extension de l'inflammation, doivent être en raison directe de l'étendue des surfaces en voie de suppuration? C'est dans les cas où la réunion n'a pas eu lieu que nous avons précisément rencontré ce genre de complication. Les recueils d'observations fourmillent de faits de ce genre. Ce que tant d'autres ont vu sans en tirer aucune conséquence, nous l'avons observé nous-même et nous l'avons très soigneusement noté; témoin le fait que nous allons rapporter.

Dixième observation.

Tumeur cancéreuse au sein. — Tentatives infructueuses de réunion, faute d'avoir ménagé la peau. — Suppuration. — Fusées purulentes. — Contre-ouvertures. — Mort de la malade.

Maurice-Sophie-Françoise, née à Bougival, département de Seine-et-Oise, âgée de cinquante-deux ans, atteinte d'un cancer au sein, fut opérée par M. Roux, le 27 janvier 1829. La plaie fut bien réunie avec des bandelettes, mais on avait sacrifié la peau qui recouvrait la tumeur, et la réunion ne se fit pas. Sous peu de jours, une éruption érysipélateuse s'empare de la solution de continuité, et, de ce surcroît d'inflammation résultent des fusées purulentes dans toutes les directions, mais surtout vers l'aisselle et la clavicule. Dès lors il faut avoir recours à des contre-ouvertures, plus tard à l'incision des trajets fistuleux, enfin à l'excision des tégumens décollés. La malade eut beaucoup à souffrir de toutes ces épreuves, et finit par succomber.

Réflexions. Ce fait n'est pas le seul que nous ayons observé dans cet hôpital : au surplus, que ceux qui doutent de la validité de nos raisons suivent pendant quelque temps et avec attention la pratique des chirurgiens de la capitale, qui n'emploient pas la réunion immédiate, et ils s'assureront que l'objection portée contre ce dernier mode de pansement est applicable dans toute sa force à la réunion secondaire. Nous en jugeons par les revers nombreux qu'a éprouvés dans le temps, à l'hôpital de perfectionnement, un chirurgien du plus grand

mérite, et dont nous aurions bien plus de plaisir à proclamer les succès.

S'il n'en était pas ainsi, comment pourrions-nous expliquer les faits qui se sont passés sous nos yeux? Pendant plus de douze années consécutives, nous avons vu tenter la réunion primitive sans observer rien de pareil.

Dans les deux cas d'amputation de la cuisse que nous aurons à citer ci-dessous, et que nous avons pris à la Pitié, on verra que, quoique la réunion n'ait été que partielle, il ne s'est pas fait d'infiltrations purulentes dans le membre; mais si loin de soumettre les blessés à des pansemens simples et contentifs nous eussions employé la compression, nous n'hésitons pas à penser que cet accident n'eût eu lieu.

Troisième objection.

Un autre reproche fait à la réunion immédiate consiste *dans l'impossibilité de la sortie de l'os mortifié par l'action de la scie, et, par suite, dans la formation de plusieurs abcès au moment de son élimination.*

Les chirurgiens qui ont pu observer un grand nombre d'amputés savent en général que, si la nécrose est un accident difficile à éviter, il est au moins quelques cas dans lesquels l'élimination est nulle. D'une autre part, il est bien reconnu qu'en réunissant la plaie par première intention, et ensevelissant le séquestre au sein d'une grande masse de parties molles, on le met en rapport avec

des milliers de vaisseaux lymphatiques, et l'on ménage ainsi à la nature la faculté de s'en débarrasser. Tilloloy rapporte à ce sujet que si l'on dénude l'os d'un animal, qu'on le recouvre ensuite, que l'on fasse cicatriser la plaie aussi vite que possible, et qu'au temps où l'exfoliation peut se faire on ouvre de nouveau cette plaie, on trouve constamment un feuillet d'os détaché; que si l'on guérit la plaie encore cette fois-là sans ôter la lame exfoliée, et qu'au bout d'un temps suffisant on l'examine de rechef, on ne trouve plus le feuillet osseux (1).

Ce que Tilloloy a vu sur les animaux, nous l'avons observé chez l'homme. Lisez le fait suivant.

Onzième observation.

Plaie contuse à la tête. — Nécrose superficielle. — Cicatrisation de la plaie. — Absorption du séquestre.

Jean Palautier, âgé de quarante ans, né à Marsa, département de l'Aude, exerçait depuis long-temps la profession de mineur, lorsqu'étant à creuser un puits, il fut frappé sur la partie latérale droite du coronal, un peu au dessus de la bosse frontale, par un marteau pesant quinze livres environ, et ayant parcouru déjà un trajet de sept toises avant de l'atteindre.

Le choc fut tellement fort, que le blessé tomba sous le coup sans cependant perdre connaissance, ni éprouver aucun des symptômes qui signalent

---

(1) *Journal de Médecine*, février 1770.

ordinairement la commotion. Jean Palautier se contenta de suspendre ses occupations durant quelques jours, de diminuer la quantité de ses alimens, et de recouvrir la plaie avec un plumasseau de cérat. Enfin, pressé par le besoin, il se rendit à Montpellier le 27 septembre 1820.

Il existait, à la région frontale droite, une plaie de deux pouces et demi d'étendue, et dirigée presque transversalement. Les bords de la solution de continuité étaient encore assez écartés, et permettaient de constater, à l'aide du stylet, une nécrose des os du crâne. Aucune espèce de dérangement ni dans les facultés intellectuelles ni dans les fonctions.

Quoique les conséquences de cette blessure parussent devoir être très simples, on ne se laissa pas néanmoins aller à une trop grande sécurité. On surveilla de près le malade, mais on ne s'opposa pas à la cicatrisation de la plaie.

A mesure que les lèvres de cette dernière se rapprochaient, on vit le séquestre diminuer peu à peu d'étendue et finir par disparaître; enfin, une dépression assez sensible dans le point correspondant à la cicatrice attesta que l'os avait éprouvé dans ce lieu une légère perte de substance.

Réflexions. Si ce fait ne paraissait pas assez concluant, nous pourrions ajouter que nous avons noté quelques exemples d'amputation de jambe et plusieurs amputations de cuisse où il n'y a eu aucune espèce d'exfoliation, lors surtout que la plaie avait été réunie par première intention. Au contraire, dans les cas où l'on a laissé suppurer la plaie, et dans

ceux où la réunion n'a pas réussi, la nécrose a été toujours plus ou moins étendue. Ces derniers faits ont été recueillis dans ce pays, où la pureté seule de l'atmosphère semblerait, au dire de quelques gens, pouvoir suppléer au mépris de toutes les règles de la thérapeutique.

M. Pelletan, dont le témoignage ne saurait être suspect, dit en parlant de la réunion immédiate : Une autre fois, j'ai réussi à un tel point que, la peau s'étant cicatrisée avec la surface des chairs, il n'est resté qu'une plaie de la grandeur d'un ovale pris dans un écu de six livres, *et je n'ai jamais vu l'os, qui n'a par conséquent subi qu'une exfoliation insensible* (1).

Enfin, lorsque l'os nécrosé par l'action de la scie n'a pu être absorbé (ce qui arrive assez souvent), il sort ordinairement sans trouble et sans efforts, et l'aspect buriné qu'il présente prouve que si les vaisseaux absorbans n'ont pu le dévorer en entier, son volume a été sensiblement réduit.

Quand on pense que l'absorption s'exerce même à travers les étuis qui enveloppent les nécroses, comment se refuser à admettre la possibilité du fait que nous cherchons à établir ? A la vérité, dans quelques circonstances, la présence d'un séquestre volumineux a provoqué des accidens très graves ; mais n'attribuons pas à la réunion immédiate ce que l'on observe aussi dans des cas où ce mode de pansement n'a pas été employé.

---

(1) *Clinique chirurgicale*, tome III, page 197.

Quatrième objection.

En cherchant à réduire au plus petit nombre de formules toutes les objections portées contre la réunion immédiate, nous nous rappelons avoir entendu s'élever, dans le sein de l'Académie de chirurgie, une question dont l'examen ne sera pas sans intérêt.

M. Jules Cloquet venait de rapporter la suite de l'histoire de la malade qu'il avait opérée pendant *l'extase magnétique*, et de faire part des résultats fournis par l'autopsie, lorsque M. Hervez de Chégoin demande la parole et dit : « Que des recherches attentives lui ont fait remarquer une différence fort grande entre le nombre de guérisons et de morts qui avaient lieu, il y a quelques années, par les suites immédiates de l'opération du cancer au sein, et celui qui existe depuis deux ou trois ans. Autrefois, dit-il, la mortalité n'était que de trois ou quatre sur cent; elle est aujourd'hui de la moitié, et peut-être des deux tiers. Presque tous les malades succombent à une affection de la poitrine, qui se manifeste ordinairement sans douleur. Enfin, M. Hervez de Chégoin va jusqu'à avancer qu'on pourrait, en partie, *attribuer cette grande mortalité à l'habitude qu'ont contractée nos chirurgiens de réunir les plaies par première intention*. Ce qui semble, ajoute-t-il, venir à l'appui de cette opinion, *c'est que, parmi les malades opérés de la taille, où la réunion immédiate n'a pas lieu, un*

très petit nombre succombe à des accidens pleuro-pneumoniques (1). »

Une telle opinion, manifestée dans le sein de l'une des premières Sociétés de France, et soutenue par un praticien aussi instruit que M. Hervez de Chégoin, nous impose doublement l'obligation d'y répondre : les faits ne nous manqueront pas. Procédons avec méthode dans notre argumentation, et commençons par la remarque relative à la plus grande mortalité des malades.

1°. Bien que M. Jules Cloquet ait opposé des faits irrécusables à ce premier membre de l'objection, nous ferons observer à notre tour qu'en parcourant tous les hôpitaux de la capitale, et tenant un compte aussi exact que possible des résultats divers obtenus par la réunion médiate et immédiate, nous avons trouvé que la mortalité était bien évidemment plus grande là où l'on ne réunissait pas les plaies. Ainsi, toutes choses égales, l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis sont les deux hospices de Paris où il succombe le moins grand nombre de femmes à la suite de l'ablation des tumeurs au sein, et ces hôpitaux sont ceux, au moins à notre connaissance, où l'on attache le plus d'importance à la réunion.

Au reste, en admettant qu'il fallût se ranger de

---

(1) Séance du 30 avril 1829. Quoique nous ayons assisté nous-même à la discussion, nous rapportons à dessein les expressions dont les rédacteurs de la *Lancette française* se sont servis

l'avis de M. Hervez de Chégoin, il est bien extraordinaire que ce praticien ait été témoin d'un si grand nombre d'accidens à Paris, où la moitié des chirurgiens, pour ne pas dire plus, ne réunissent pas les plaies; tandis qu'à Montpellier, où tout le monde est d'accord sur ce point, nous avons vu périr si peu de malades.

Jamais, jusqu'à notre arrivée à la capitale, nous ne nous serions persuadé que l'ablation des tumeurs au sein pût être suivie d'autant de dangers, et la gravité de ceux que nous avons observés chez les malades de la Charité n'est pas ce qui nous a le moins surpris. Depuis notre séjour à Paris, et dans l'espace d'un an principalement, nous avons vu mourir plus de femmes dans cet hôpital, que nous n'en avons vu succomber dans dix à l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Que l'on n'allègue pas que la Charité de Paris renferme un plus grand nombre de malades! S'il fallait établir ici une règle de proportion, la différence serait encore très frappante. Nous prenons de préférence nos exemples dans l'hôpital de la Charité, parce que c'est là que nous avons plusieurs raisons de penser que M. Hervez de Chégoin a fait ses observations.

2°. De ce que beaucoup de malades succombent à des accidens pleuro-pneumoniques, l'honorable membre de l'Académie en conclut que la cause en est à la réunion immédiate, et il en trouve la preuve dans le très petit nombre des malades opérés de la taille, qui meurent de cet accident:

voyons si ce second membre de l'objection est plus fondé que le premier.

Nous commencerons par rappeler à M. Hervez de Chégoin que la malade opérée par M. Jules Cloquet était *asthmatique ;* ce qui permet au moins de supposer que les organes respiratoires n'étaient pas dans un état entièrement sain. Peut-être même, y avait-il déjà quelque maladie de la plèvre ou du poumon ; car lorsqu'il existe une maladie dans le voisinage, les phlegmasies affectent en général une marche lente et clandestine. Qui ne sait combien le mot *asthme* est encore vague dans le langage médical ? Et sans vouloir affirmer qu'au moment de l'opération il existât déjà une pleurésie latente chez la malade en question, nous ne croyons pas que l'on pût émettre avec trop d'assurance une opinion contraire.

Nous ne manifestons ce doute que parce que nous avons appris, par des recherches d'anatomie pathologique, à nous méfier des traînées inflammatoires que les tumeurs cancéreuses du sein envoient souvent dans la poitrine ; on ne saurait trop recommander aux chirurgiens d'être attentifs sur ce point. C'est en cherchant à reconnaître cette fâcheuse complication, que le professeur Lallemand est parvenu à constater la présence d'un épanchement pleurétique chez un homme déjà très âgé et qu'il devait opérer incessamment. Peu de temps après, le malade mourut et l'autopsie justifia le diagnostic qui avait été porté. Quelques années

avant, nous avions vu le professeur Delpech se refuser à opérer une femme pour le même motif.

Vers la fin de janvier 1829, nous assistions à une amputation du sein, pratiquée par M. Roux sur une femme couchée dans la salle Sainte-Rose, et chez laquelle on trouva aussi un épanchement pleurétique assez considérable. On ne pourra pas dire que cet accident ait été l'effet du mode de pansement dont on avait fait usage, car pas un point de la plaie n'avait été réuni ; toute la surface avait fourni du pus jusqu'au moment où la malade a cessé de vivre. Dans bien des cas où la cicatrisation a été rapide, pas un phénomène morbide ne s'est manifesté.

Enfin, le raisonnement ne dit-il pas que, si après avoir enlevé une tumeur au sein, on livre la plaie à la suppuration, la phlogose peut s'étendre de proche en proche jusqu'à la plèvre et donner lieu aux accidens que l'on prétend éviter ? Ce que le raisonnement indique, l'observation l'atteste.

3°. Quant à la partie de l'objection dans laquelle M. Hervez de Chégoin prétend qu'un très petit nombre de malades opérés de la taille meurt à la suite des accidens pleuro-pneumoniques, nous pouvons, d'un côté, lui garantir que ces derniers sont plus communs qu'il ne pense, et, de l'autre, lui donner la raison de la différence.

De même que l'inflammation de la vessie amène plus souvent la péritonite que la pleurésie, de même l'inflammation des parois de la poitrine produit plus fréquemment celle de la plèvre ; mais

comme il existe une grande sympathie entre toutes les séreuses, il arrive que la phlogose de l'une de ces membranes peut entraîner celle d'une autre. Plût à Dieu que, dans l'opération de la taille, on eût la faculté de pouvoir réunir par première intention ! nous n'aurions pas la douleur de voir tant d'opérés succomber à cette terrible épreuve.

Cinquième objection.

Parmi toutes les objections faites jusqu'à ce jour contre la réunion immédiate, *il n'en est pas de plus fondée que celle relative aux dangers qui résultent quelquefois de la suppression trop brusque d'une suppuration déjà ancienne.*

Cette remarque pratique, fort importante et pleine de vérité, a été seulement interprétée d'une manière trop absolue, et mérite conséquemment d'être discutée sous une autre forme : c'est ce que nous allons essayer de faire.

Distinguons d'abord, c'est le seul moyen de s'entendre dans les discussions. 1°. S'il s'agit d'un sujet simplement atteint d'une plaie ou d'un ulcère sur l'un des membres et dont il veuille se débarrasser, nous ne conseillerons pas plus la réunion immédiate que l'amputation; car nous n'avons pu encore bien nous faire à l'idée des *amputations* dites *de complaisance.* En pareille matière, la nécessité seule nous servira toujours de règle de conduite; 2°. au contraire, s'il est question d'un malade en proie à une lésion organique, et tourmenté déjà depuis long-temps par les progrès d'une fièvre consomp-

tive, nous l'opérerions, et nous réunirions la solution de continuité avec tout le soin possible. Ici, le cas est tout différent : dans l'état de dépérissement où se trouve le malade, il est presque démontré que s'il résiste à l'épreuve de la douleur, il succombera aux accidens nerveux ou inflammatoires, qui ne peuvent manquer d'éclater si la plaie est largement livrée à la suppuration. Entre deux maux il faut toujours choisir le moindre.

Du reste, qu'on ne se fasse pas illusion sur les effets ordinaires de la méthode, dite adhésive, dans les opérations majeures : le plus souvent la cicatrisation n'a lieu que dans la plus grande partie de la plaie, et il y a toujours quelques points qui fournissent du pus. Est-on bien sûr, d'ailleurs, de prévenir les accidens par la réunion secondaire? Mais s'il en était ainsi, l'occlusion progressive des anciens ulcères ne devrait pas avoir les mêmes inconvéniens, et cependant on observe tout le contraire. Examinez, comme nous le disions, ces chirurgiens qui, le jour même de l'opération, redoutaient tant de réunir la plaie, combiner, quelques jours après, tous leurs efforts pour obtenir ce résultat ; vous jugerez alors de la solidité de leur doctrine.

En conseillant et pratiquant la réunion dans ces circonstances, nous ne nous dissimulons pas qu'il est quelques inconvéniens auxquels nous nous exposons ; mais, tout en cédant à l'urgence du moment nous établissons tantôt des exutoires sur les membres ou sur la poitrine, et tantôt une révulsion artificielle sur le tube digestif. En un

mot, nous sommes attentifs à tout ce qui se passe, et au moindre symptôme, nous nous empressons d'appliquer nos moyens de répression.

Tous les accidens que l'on a mis et que l'on met encore sur le compte de la méthode moderne tenaient-ils réellement à la suppression trop brusque de la suppuration? La réponse est dans les faits suivans :

1°. Au commencement de l'année 1829, M. Dupuytren venait de pratiquer l'amputation de la jambe à un jeune homme chez lequel il avait tenté la réunion, lorsque, le huitième jour, l'opéré meurt d'une pleurésie. Il est donc vrai de dire, s'écriera-t-on, que la réunion immédiate cause les accidens dont il a été question : non, ne vous pressez pas de conclure.

On avait bien essayé la réunion, mais l'adhésion n'avait eu lieu sur aucun point de la plaie. Ce n'était ni pour un ulcère, ni pour une tumeur blanche que l'opération avait été faite, c'était pour un pied-bot. Ce n'est donc pas la suppression de la suppuration qui a causé la pleurésie.

2°. Le 24 novembre 1827, le professeur Lallemand, opérant un soldat atteint d'un hypospadias situé derrière le gland, rafraîchit les bords de l'ouverture et les réunit à l'aide de la suture entortillée. Le lendemain, le malade éprouve des douleurs dans la région hypogastrique, des nausées, des vomissemens. Bientôt un ictère se manifeste, des accès fébriles, mais très irréguliers paraissent, l'hypochondre droit est douloureux. Ces symptômes se

continuent durant une quinzaine de jours, et le malade succombe. Nous procédons à la nécropsie, et nous rencontrons la vessie à peine enflammée, mais le foie rempli d'abcès, et un amas de pus dans la synoviale du genou droit, ainsi que dans celle de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche.

Jamais occasion plus belle pour se gendarmer contre la réunion, si l'on eût opéré pour toute autre cause; *qu'avait-on fait? deux incisions de six lignes environ d'étendue, pour réunir deux parties qui ne fournissaient pas une goutte de pus.* Multiplions nos preuves.

3°. Un jeune officier, atteint d'une varicocèle qui le gênait pour l'exercice de son état, vient trouver le professeur Delpech, et lui témoigne ardemment le désir de s'en délivrer. Le 29 février 1820, on incise le scrotum, on découvre les vaisseaux variqueux, on les embrasse entre deux ligatures, et la plaie est réunie par première intention. Une inflammation assez vive éclate, l'adhésion échoue, et il faut tout attendre de la réunion secondaire.

Le 14 mars, au moment où une grande partie du scrotum suppurait encore, des phénomènes en tout analogues à ceux du malade précédent paraissent et se terminent assez rapidement par la mort. On examine l'état des choses, et l'on trouve encore cette fois-là un grand nombre d'abcès dans le foie.

Attribuera-t-on la mort du malade à la réunion? mais cette dernière a manqué. A la suppression instantanée d'un foyer de suppuration? mais il

n'en existait pas. Disons donc que les altérations viscérales qui succèdent aux grandes opérations proviennent souvent d'une autre source.

4°. Naguère nous voyons à l'Hôtel-Dieu M. Dupuytren pratiquer l'amputation de la cuisse à un malade dont les poumons étaient criblés de tubercules, et réunir la plaie par première intention. Douze jours après, l'opéré était mort.

Faudra-t-il rapporter les lésions organiques que l'on a trouvées à l'emploi que l'on venait de faire de la méthode adhésive? Non, la nature et l'étendue de ces altérations attestaient leur ancienneté; des personnes attentives en avaient constaté l'existence avant l'opération. Au reste, la réunion n'avait pas réussi. Bientôt nous dirons pourquoi.

5°. Au même instant, succombait, dans un lit voisin, un malheureux jeune homme auquel on venait d'extirper un fongus hématodes, placé entre le second et le troisième métacarpien de la main droite. La plaie avait été largement livrée à la suppuration, et cependant le foie fut encore trouvé rempli d'abcès. L'avant-bras et la main étaient aussi tout infiltrés de pus.

Si l'extinction trop prompte d'un foyer inflammatoire peut avoir quelques dangers, l'irradiation sympathique de la phlogose n'a-t-elle pas aussi les siens?

6°. Il est une autre cause à l'influence de laquelle on n'a pas toujours assez porté d'attention, et qui donne une raison de plus de la fréquence des lésions viscérales à la suite des opérations. La plu-

part des sujets atteints de lésions organiques (et ce sont ceux dont nous parlons) se trouvent dans des conditions telles, que rien ne saurait les soustraire à l'influence de la maladie dont ils portent intérieurement le germe. Déjà, lors de l'opération, plusieurs de leurs viscères sont en si mauvais état que, quel que soit le mode de pansement qu'on emploie, ils n'en succomberont pas moins. Faisons donc la part à chacune de ces causes, et voyons le mal là où il est (1).

Que l'on pèse maintenant dans la balance de la bonne foi et de la raison tout ce que nous venons de dire et que l'on se prononce; mais que l'on n'entasse pas les faits sans ordre et sans réflexion, pour arriver comme de plein vol aux conséquences les plus générales, et par cela même les plus délicates.

Sixième objection.

Ce n'est pas sans quelque raison que l'on a dit qu'*en réunissant les plaies par première intention, on s'exposait à courir les chances d'un étranglement inflammatoire*.

Cette objection a, en effet, quelque chose de vrai sous un certain rapport; mais le mal n'est pas sans remède. N'avons-nous pas à notre disposition des moyens propres à étouffer l'inflammation?

(1) Voyez, pour la solution complète de cette question, l'article AMPUTATION.

Les effusions sanguines générales ou locales, les cataplasmes émolliens, la suppression des bandages, la section des bandelettes ou des points de suture seraient-ils sans effet?

Quelquefois, dit Samuel Cooper, les tentatives que l'on fait pour obtenir la réunion échouent même dans les cas les plus simples en apparence. Mais le mode de pansement qu'on a choisi est incapable de produire le moindre inconvénient, et alors la blessure rentre dans la classe de celles pour la cure desquelles on aurait suivi une conduite tout opposée. Le malade a couru la chance d'une guérison beaucoup plus prompte, mais qui n'a pas eu de succès, et il doit désormais être traité par une méthode qui avait été écartée d'abord, à cause de sa marche lente (1). M. Richerand tient à peu près le même langage (2).

Septième objection.

Dans les cas de contusion profonde, a répété un écrivain moderne, *tenter la réunion*, *ce serait compromettre les résultats de ce mode de pansement. J'ai vu presque toujours le moignon devenir le siége d'un engorgement inflammatoire considérable et d'une suppuration de longue durée.* Il y a un peu moins d'inconvénient dans les cas de plaies d'armes à feu.

Laissons encore répondre Samuel Cooper; car à

(1) *Dictionnaire de chirurgie*, art. Plaies, page 268.

(2) *Histoire des progrès de la chirurgie*, page 193.

de grands chirurgiens il faut opposer de grands noms, comme si la vérité n'était pas *une*, et ne devait pas avoir la même force dans toutes les bouches. « Il est vrai, dit l'auteur anglais, qu'après les plaies d'armes à feu les amputations ne guérissent pas aussi rapidement que dans la plupart des autres circonstances, mais on ne peut pas nier qu'elles ne guérissent souvent plus ou moins bien par la réunion immédiate; et alors pourquoi ne pas chercher à l'obtenir? Elle n'expose à aucun danger; on ne saurait rien essayer de mieux (1).

Suivons l'argumentation, et puisque Samuel Cooper ne dit rien relativement à la contusion profonde dont parle l'écrivain français, ajoutons quelques mots sur ce point.

Rappelons d'abord que, dans ces sortes de lésions traumatiques, le mal s'étend souvent plus loin qu'on ne pense; ce qui suffit déjà pour rendre en partie raison des accidens que l'on a pu observer. Aurait-on perdu le souvenir de cette amputation de jambe dont nous avons parlé en traitant de la suture, et à la suite de laquelle le malade succomba à une phlébite des veines profondes? La faute n'en était pas à la réunion, mais bien à ce que l'opération avait été pratiquée dans un point trop rapproché de la blessure. Quand on se décida à faire l'amputation, l'inflammation existait depuis plusieurs jours; *il eût fallu alors amputer la cuisse.*

D'ailleurs, qu'a-t-on tant à redouter dans cette

---

(1) *Dictionnaire de chirurgie*, art. AMPUTATION, page 73.

circonstance? Les effets primitifs et consécutifs de la phlogose, une suppuration de longue durée. Que propose-t-on pour prévenir cet accident? Le tamponnement du moignon. En vérité, le choix n'est pas heureux.

Huitième objection.

Voyez jusqu'où peut aller la prévention, même chez les gens instruits : nous avons entendu de nos propres oreilles un chirurgien de la capitale dire à ses élèves, à l'occasion d'une amputation de jambe : « Nous renoncerons, dans ce cas-ci, » à la réunion immédiate, crainte de provoquer l'ap- » parition d'un érysipèle, d'autant que ces érup- » tions sont très communes pour le moment. » Celui qui parlait de la sorte ne se doutait certainement pas qu'au même instant, et dans le même hôpital, l'homme dont les opinions règlent souvent les siennes disait à ses nombreux auditeurs : « Les érysipèles que vous avez journellement sous les yeux ne sont pas l'effet de l'application des substances emplastiques, comme vous pourriez le supposer; l'apparition fréquente de cet exanthème tient à des conditions atmosphériques que nous ne saurions déterminer, mais dont on ne peut nier l'influence. En ville, les érysipèles sont aussi très fréquens. »

Allons jusqu'à accorder que la réunion immédiate eût pu contribuer au développement de l'érysipèle, ou que cette complication eût dû avoir lieu sans l'intervention de ce mode de pansement; quel in-

convénient y avait-il à réunir la plaie? Aucun : quand les lèvres de la solution de continuité sont bien affrontées, l'éruption n'a que très peu de prise sur elle, et l'érysipèle n'ajoute presque rien aux dangers de l'opération.

Répondons toujours par des faits.

Douzième observation.

Ablation d'une tumeur cancéreuse au sein. — Réunion immédiate. — Apparition d'un érysipèle. — Aucune espèce d'accident.

Marie-Anne Chauchart, âgée de quarante-six ans, portant depuis assez long-temps une tumeur cancéreuse au sein droit, vint à l'hôpital de Montpellier pour demander un remède à son mal. Entrée le 10 mai 1823, elle fut opérée le 17 du même mois.

La tumeur ayant été circonscrite entre deux incisions semi-elliptiques, les bords de la nouvelle plaie furent rapprochés par des points de suture, et soutenus par des bandelettes agglutinatives, le tout enveloppé d'un bandage convenable. Une potion antispasmodique fut administrée après l'opération, la nuit fut assez bonne. Rien d'extraordinaire jusqu'à la levée du premier appareil, qui eut lieu le quatrième jour.

Ce jour même, on découvre un vaste érysipèle qui s'est emparé de toute la partie antérieure de la poitrine. J'avoue, dit le docteur Redon, à qui nous empruntons ce fait, que, témoin pour la première fois d'une pareille complication, je m'attendais aux

plus fâcheux accidens ; mais je ne tardai pas à m'apercevoir que mes craintes étaient chimériques : tout céda à un traitement sagement administré, et le 10 juin la malade sortit parfaitement guérie.

Maintenant il est curieux de savoir ce que produit un érysipèle sur une plaie non réunie. Laissons parler un élève de l'École de Paris.

Treizième observation.

Cancer au sein. — Extirpation. — Réunion secondaire. — Apparition d'un érysipèle. — Suppuration abondante. — Dévoiement. — Mort de la malade.

Au n°. 32 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, était couchée une femme qui fut soumise, le 29 novembre 1827, à l'amputation du sein droit : de cette amputation résulta une plaie énorme, qui fut pansée à plat.

Le premier jour, la fièvre fut intense; le troisième, on aperçut, au dessous des tours de bande inférieurs, un peu de rougeur érysipélateuse : l'appareil fut levé le quatrième ; il était plein de sang, qui, en se desséchant, lui avait donné la raideur du parchemin, et avait collé si fortement ces diverses pièces entre elles, que l'on fut obligé de les couper avec des ciseaux.

La plaie n'eut jamais un bon aspect, la suppuration avait toujours une odeur de plus en plus repoussante. Bientôt le dévoiement paraît et cause un affaissement extrême, le pouls est faible et fréquent et la malade meurt (1).

---

(1) *Clinique des hôpitaux*, tome II, n°. 49.

Réflexions. «Que l'on compare, s'écrie M. Gouaran, la marche de cette plaie avec celle des deux premières (nous les avons déjà rapportées): l'érysipèle serait-il survenu si la solution de continuité eût été réunie? Mais les trois malades chez lesquelles on a fait usage des bandelettes agglutinatives n'ont point eu d'érysipèle.»

Le docteur Nichet, donnant le résumé de deux cas de plaie à la tête qu'il a recueillis dans le grand Hôtel-Dieu de Lyon, dit : J'ai eu, dans le même temps et sous les yeux, deux cas semblables, dont l'issue opposée doit être rapportée à la seule différence des soins locaux : il s'agit de deux sujets qui portaient une large plaie à lambeau au cuir chevelu. Chez tous les deux, la réunion était possible, elle fut pratiquée ; mais chez l'un, c'était une jeune fille de vingt ans, *on employa la suture*, les bandelettes, une compression exacte; l'adhésion fut rapide et les accidens nuls. L'autre sujet était un jeune homme de dix-sept ans : chez lui, les parties furent d'abord affrontées avec le plus grand soin, *mais la suture ne fut pas employée.* Le bandage se dérangea, le lambeau se sépara, et toute la surface de la plaie fut envahie par une inflammation phlegmoneuse, qui amena le délire, les convulsions et la mort (1).

Avant de se rendre à Lyon, M. Nichet avait passé plusieurs années à Montpellier. Dans ce moment, il est à Paris, et ses idées sont toujours les mêmes.

(1) *Réflexions sur la certitude de la chirurgie*, page 37.

Nous ne sommes donc pas les seuls à voir les objets sous le point de vue sous lequel nous les présentons.

Neuvième objection.

Quelques chirurgiens de Paris, alléguant l'influence d'un climat humide et malsain, prétendent que si la réunion immédiate réussit ailleurs, elle ne saurait avoir du succès à la capitale.

Nous avouerons avec franchise que, parmi les exemples que nous avons eus sous les yeux, cette méthode nous a paru réussir beaucoup moins à Paris qu'à Montpellier; mais outre que nous pourrions rapporter plusieurs des insuccès que nous avons observés au défaut de soins que l'on avait mis dans le mode de pansement, nous avons encore en notre faveur des argumens bien plus forts.

Depuis plusieurs années, MM. Dupuytren et Richerand ont fait fréquemment usage de la réunion immédiate et en ont obtenu des résultats avantageux : or, nous ne pensons pas qu'il existe une différence assez grande dans les localités entre l'Hôtel-Dieu et la Charité, par exemple, pour que tel moyen qui réussit dans l'un de ces hôpitaux doive échouer dans l'autre. M. Roux lui-même, quoique aujourd'hui moins partisan de la méthode adhésive, ne pourra pas non plus récuser les bons effets qu'il en a retirés dans le temps. Enfin, M. Paul Dubois, dont nous aurons bientôt occasion de parler, s'en sert encore journellement, et tout le monde sait combien il est heureux dans sa pratique.

Puisqu'il s'agit ici de l'influence des localités, cherchons s'il n'est pas en France d'autres pays dont le climat se rapproche de celui de Paris, et où la réunion immédiate réussisse. A cet égard, on conviendra que Lyon et Metz, Brest et Bordeaux ne sont guère plus favorablement placés : eh bien! interrogez MM. Gensoul et Willaume, Foullioy et Brulatour, qui sont à la tête des hôpitaux de chacune de ces villes, et tous vous diront avec l'accent d'une forte conviction ce que l'on doit penser de la méthode adhésive. A l'époque où nous concourions avec M. Gensoul pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, et où nous parlions déjà des avantages de la réunion, on nous disait que ce mode de pansement était funeste : que s'est-il donc passé depuis lors? Le climat de Lyon est toujours le même; mais le temps, qui fait toujours justice, a laissé triompher la vérité.

Quand M. Maunoir, revenant d'Angleterre, porta la réunion à Genève, tous les chirurgiens se récrièrent d'abord contre ce moyen : aujourd'hui, tous en font usage et tous en disent du bien.

Prenons un terme de comparaison plus exact encore, et examinons ce qui se passe dans la Grande-Bretagne. La capitale de ce royaume est assurément plus peuplée que celle de la France, sa position géographique ne vaut pas mieux que celle de Paris, le climat y est au moins aussi humide et aussi malsain : la réunion immédiate réussit à Londres, à Édimbourg et à Dublin.

Suivons les chirurgiens de la marine anglaise

dans leurs expéditions lointaines et dans tous les pays possibles, et nous les verrons employer le même moyen, toujours avec avantage.

Assez long-temps nous avons étudié nous-même les effets de cette méthode sur des individus de tout âge, de tout sexe, de tout tempérament, et dans toutes les conditions; jusqu'à présent, nous n'avons rien remarqué qui pût nous engager à renoncer à son usage. Il n'y a jamais d'inconvénient, dit John Bell, à mettre dans un contact immédiat des surfaces divisées ; le topique le plus doux pour un organe mis à découvert est, sans contredit, la partie même qui lui servait d'enveloppe (1).

Nouvelles causes d'insuccès.

Aux causes d'insuccès que nous avons déjà énumérées, ajoutons celles que nous avons cru provenir d'un défaut de soins dans le mode de pansement ; toutefois, comme ce sont des erreurs et non des hommes que nous tenons à combattre, dispensons-nous de nommer les chirurgiens dans la pratique desquels les faits ont été puisés. Les tableaux ont été faits d'après nature, et chacun s'y reconnaîtra peut-être encore trop.

1°. Malgré ce que nous avons dit sur l'importance extrême qu'il y a à ménager les tégumens, nous ne cesserons de répéter que c'est faute de se conformer à ce précepte, que plusieurs praticiens échouent très fréquemment dans l'emploi de la réunion :

---

(1) *Traité des plaies*, page 24.

celui qui n'a pas l'habitude de la méthode adhésive ne se figure pas assez combien il est utile de donner à ses incisions telle ou telle autre forme, et ne se doute pas de l'influence que ce premier temps de l'opération peut avoir sur le résultat. Sacrifiez un peu plus de peau plutôt que de faire des incisions circulaires ou irrégulières.

2°. Il est un autre vice relatif aux moyens hémostatiques, et dont la connaissance explique encore quelques uns des accidens qui surviennent à la suite de ce mode de pansement. Dans plusieurs hôpitaux où l'on devrait se servir d'un fil simple pour lier les artères, on emploie des fils doubles et même triples pour les gros vaisseaux ; souvent on n'a pas même la précaution de couper l'un des chefs de la ligature. Or, on concevra facilement comment la présence de tous ces fils peut ajouter à l'irritation des surfaces mises en contact, et empêcher jusqu'à un certain point leur adhésion mutuelle.

Tout n'est pas là : beaucoup d'opérateurs, au lieu de faire usage du crochet de Bromfield, se servent des pinces à dissection, et embrassent toujours dans l'anse de la ligature, ou quelques fibres musculaires, ou les veinules circonvoisines, ou les filets nerveux adjacens.

3°. Réunir exactement une plaie provenant de l'amputation d'un membre ou de toute autre opération majeure est une chose assez délicate pour ne pas en confier le soin à un élève, quelque instruit qu'il puisse être : le succès de la réunion tient plus à la manière dont le malade est pansé, qu'à

celle dont l'opération aura été faite. Nous en avons assez dit sur ce point.

4°. Nulle part, nous n'avons vu prendre, à l'égard des amputés, une précaution que l'on ne néglige jamais à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier : elle consiste à placer auprès de l'opéré un aide qui tienne la main constamment posée sur le moignon, afin de prévenir les secousses convulsives qui se manifestent durant les premiers jours de l'opération. A la vérité, dans quelques lieux, on est dans l'usage de fixer le membre à l'aide d'un drap de lit jeté en sautoir ; mais la chose est bien différente. En voici la preuve.

Un malade avait été amputé de la cuisse dans l'un des hôpitaux de Paris, et l'on avait réuni la plaie en rapprochant les bords de dehors en dedans : des bandelettes adhésives et un bandage avaient servi à compléter l'appareil. Le quatrième jour, on le lève, et le chirurgien est étonné de trouver les bords affrontés dans un sens inverse à celui selon lequel il les avait rapprochés. Qu'était-il arrivé? Le moignon, posé sur un coussin, s'était fait un creux dans lequel il avait subi un mouvement léger de rotation. De là, changement de rapport entre les lèvres de la solution de continuité et, par suite, point de réunion. Ce même accident était arrivé peu de temps avant dans le même hôpital.

Après l'amputation de la cuisse, placez donc le membre sur un plan horizontal et non sur un plan incliné, comme on l'avait fait dans ces deux cas.

Outre que, dans cette dernière position, les muscles de la partie postérieure se trouvent tiraillés, l'extrémité de l'os presse contre les chairs et devient une cause constante d'irritation.

Voulez-vous réussir à la suite de l'ablation des tumeurs au sein? Ne vous contentez pas d'affronter les bords de la plaie, fixez le bras contre le tronc et prévenez ainsi toute espèce de tiraillement. Ne réunissez pas la partie supérieure de la solution de continuité pour faire suppurer le reste, ou ne vous récriez plus contre la méthode adhésive si vous n'en avez observé exactement les règles : c'est parce que vous ne les suivez qu'à demi, que la réunion doit échouer en entier.

5°. Pour obtenir une adhérence solide et définitive, il ne suffit pas d'affronter les lèvres d'une plaie, il faut encore que les moyens contentifs dont on a fait usage jouissent d'une action suffisamment prolongée. Les bandelettes adhésives, et notamment la plupart de celles que l'on emploie dans les hôpitaux, ne remplissent qu'imparfaitement ce but. Si, dans bien des cas, on n'a le soin d'en seconder l'effet par la suture, on peut être sûr d'avance qu'on échouera. Nous aimons à répéter ces choses, parce que trop de gens répugnent encore à l'emploi de ce dernier moyen.

Dans le même hôpital et dans des circonstances aussi identiques que possible, nous avons suivi la pratique de deux hommes également recommandables : l'un employait presque constamment la suture, l'autre ne s'en servait que rarement ; le pre-

mier a presque toujours réussi, le second a plusieurs fois échoué. C'est en observant avec attention qu'on parvient à expliquer ce que tant d'autres ne comprennent pas.

Joignez à ces quelques réflexions celles que nous avons déjà faites en parlant des conditions nécessaires au succès de la réunion, et vous serez forcé de reconnaître que si ce mode de pansement n'a pas eu le même succès entre les mains de tout le monde, la faute n'en a pas toujours été à la méthode.

6°. Telle était depuis long-temps notre conviction lorsque le professeur Lisfranc, dont les idées étaient toutes contraires aux nôtres, eut la générosité de céder à nos instigations, et donna, en présence de son auditoire, l'exemple le plus rare de désintéressement. Il déclara en public que son esprit s'était laissé ébranler et qu'il sentait la nécessité d'éclaircir ses doutes. Nous fûmes donc chargé de faire nous-même quelques pansemens en sa présence; c'est par deux opérations insolites que nous commençâmes.

La première eut pour objet l'ablation d'une tumeur cancéreuse dont nous parlerons ci-dessous, et pour laquelle il fallut appliquer sur la face treize points de suture. A la faveur de ce moyen, tout fut compté avec la plus grande exactitude, et le cinquième jour, à la levée du premier appareil, il ne restait pas le plus léger vestige de cette énorme mutilation.

Dans la seconde, M. Lisfranc venait d'enlever,

avec une habileté peu commune, une très grande partie du maxillaire supérieur ; il restait à réunir le lambeau, qui avait permis de pénétrer jusque dans le fond de la gorge pour enlever la totalité du mal. Quatorze points de suture entortillée ou entrecoupée furent encore appliqués, et dès le sixième jour tout était cicatrisé. La malade était une jeune personne atteinte d'un cancer développé dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur et droit. L'opération fut faite dans une maison de santé, située rue de Valois, vis à vis l'entrée du parc de Monceau. La guérison a été constatée par l'Académie royale de chirurgie.

Séduit par ces premiers succès, M. Lisfranc nous permit d'essayer à la Pitié le même mode de pansement pour un cas d'amputation de cuisse; mais cette fois-ci nous devions être moins heureux, et nous eûmes la douleur de perdre notre malade environ trois semaines après. Voici le fait.

M. Lisfranc, chargé de pratiquer l'ablation du membre, opéra comme il avait coutume de le faire, c'est à dire qu'il ménagea une grande quantité de peau, et coupa les chairs en forme de cône creux, afin d'éviter la saillie de l'os. Cette précaution, bonne à prendre quand on ne doit pas réunir la plaie, a l'inconvénient de laisser derrière les tégumens un vide dans lequel les liquides et les produits inflammatoires se ramassent, et peut ainsi porter obstacle à la réunion. Ce que nous avions prévu arriva : quoiqu'au premier pansement tout fût en assez bon état, du pus s'était accumulé dans

le moignon. La section de quelques points de suture avait cependant suffi pour lui donner issue; et malgré ce léger contre-temps, nous espérions encore guérir notre malade.

Malheureusement, au moment où nous étions occupé à lier les vaisseaux, nous avions été épouvanté par la grande quantité de sang que fournissait la veine crurale, et nous nous étions vu dans la pénible nécessité de l'entourer d'une ligature. Ce souvenir avait laissé dans notre esprit quelques craintes que nous avions manifestées à l'instant même de l'opération. Nous étions toujours dans cet état de perplexité, lorsque le moignon s'engorge et devient douloureux à la pression. La fièvre, la sécheresse de la langue augmentent, quelques vomissemens ont lieu et la malade meurt. L'autopsie justifie nos doutes, et l'on voit des traces bien manifestes d'inflammation, depuis la veine crurale jusque dans la cavité droite du cœur. On examine la portion correspondante du système veineux du côté opposé; tout était dans l'état sain.

M. Lisfranc, dont le mérite seul égale la bonté, ne se laissa pas rebuter par ce premier revers : une occasion nouvelle se présente, une autre amputation de la cuisse est pratiquée, et cette fois il pousse la complaisance jusqu'à modifier la section des parties molles, d'après les observations qu'il nous avait permis de lui faire. La plaie est réunie au moyen de quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives. L'enfant n'éprouve aucune espèce d'accident; le quatrième jour, les quatre cinquièmes de la plaie sont déjà cicatrisés.

Vers le douzième jour, des symptômes analogues à ceux de la malade précédente se manifestent, et nous déclarons, en présence de M. Lisfranc, que nous ne pouvons encore nous expliquer ce changement subit que par le développement clandestin d'une phlébite. Nos occupations nous empêchent durant quelque temps de nous rendre à la Pitié, une période d'environ huit jours s'écoule, et nous apprenons que le malade a succombé. Nous nous informons des résultats fournis par l'examen du cadavre, et nous apprenons que l'on a trouvé du pus dans la veine crurale, un grand nombre de tubercules dans les poumons, et une dénudation partielle du fémur (1).

Comment expliquerez-vous, nous dira-t-on, et la mort et les désordres cadavériques ?

1°. En nous rappelant qu'un premier fil jeté sur l'artère ne l'avait embrassée qu'incomplétement, et qu'il fallut faire une seconde ligature. Les parties molles avaient souffert par le voisinage de la tumeur blanche; l'artère adhérait d'une manière intime aux tissus environnans, et dans la ligature presque médiate que nous fûmes forcé de pratiquer, probablement une portion du calibre de la veine adjacente fut comprise dans l'anse du nœud. Bref, la veine a été trouvée contenant du pus, et l'on sait que la phlébite peut donner la mort.

2°. Quant à la lésion organique des poumons,

---

(1) Ces détails nous ont été fournis par M. Plainchand, chirurgien interne à la Pitié.

nous ne voyons là rien que de très ordinaire, puisque le jeune malade, tout à fait chétif, et véritable avorton pour son âge, était depuis long-temps atteint d'une tumeur blanche. Aussi ne dirons-nous pas que les tubercules aient été la cause de la mort. En bonne philosophie, ce n'est pas assez que de découvrir des altérations pathologiques, pour expliquer par là la cessation de la vie; il faut qu'il ait existé, durant la vie, des symptômes dont la nature et la succession aient été en harmonie avec les désordres que l'on trouve à l'examen du cadavre. Or, chez le malade dont il est question, tout annonçait une lésion profonde du système circulatoire; après la mort, on rencontre du pus dans la veine principale du membre : donc c'est là qu'était la cause du mal. Voilà la vraie manière de procéder en anatomie pathologique.

3°. Si le fémur a été vu dénudé dans une certaine étendue, c'est qu'il était déjà dans cet état immédiatement après l'opération : à peine M. Lisfranc avait-il terminé sa section, qu'il s'aperçut que le périoste était séparé de l'os. Il était trop tard alors pour penser à couper ce dernier plus haut; il fallut donc faire courir à la réunion cette nouvelle chance d'insuccès.

En cherchant à commenter ces deux faits, nous ne voulons pas dire que ce soient là les seuls revers dont nous ayons été le témoin, et que l'on doive toujours réussir en tentant la réunion immédiate; mais nous devions nous livrer à ces réflexions pour prouver qu'en chirurgie comme en médecine les

calculs numériques ne sont admissibles que dans de certaines limites.

Il est nécessaire, disait le patriarche de la médecine, de contempler par intervalles d'un œil critique les progrès des sciences et des arts, et de chercher curieusement pourquoi certaines vues, certaines expériences n'ont pas réussi, quoiqu'elles dussent réussir, et pourquoi d'autres ont eu du succès, quoiqu'elles ne dussent point en avoir (1) : tel est le seul motif de toutes nos remarques.

Conclusions. 1°. Ce qui a eu lieu chez la première malade prouve que la réunion n'est point une opération arbitraire et soumise au caprice du chirurgien. Elle exige, pour réussir, une série de combinaisons qu'il faut connaître avant de s'armer du bistouri. Ce n'est point quand une opération est faite, qu'il convient de se demander s'il est urgent ou non de rapprocher les bords de la plaie : il faut y avoir pensé à l'avance et avoir fait tout ce qu'il est nécessaire pour arriver à cette fin. Amputer un membre ou une tumeur de telle ou telle autre manière n'est point une chose indifférente pour le mode de pansement à adopter : tout se lie et s'enchaîne dans les opérations, et souvent on n'échoue que parce qu'on n'a pas fini comme l'on avait débuté.

2°. Chez cette même malade, nous avions remarqué, quelque temps avant sa mort, que l'extrémité du fémur pressait douloureusement contre les muscles de la partie antérieure de la cuisse, et nous

---

(1) Tourtelle, *Histoire de la médecine*, tome I, page viij.

avions cru pouvoir en rapporter la cause à la position vicieuse du moignon. En effet, toutes les fois où nous allions la visiter, nous trouvions le bassin beaucoup plus bas que le membre, ce qui devait faciliter l'action du psoas et de l'iliaque, et tendre à porter le fémur en avant. Ce n'était certainement pas faute de soins donnés à la malade; mais le lit était trop mou et le seul poids du corps occasionait à chaque instant un nouveau déplacement. Ainsi donc, la direction seule du plan sur lequel reposent et le corps et le membre d'un opéré peut influer sur le succès de la réunion.

3°. Quoique ces deux opérations n'aient pas réussi, ceux qui en ont étudié les suites auront vu, à coup sûr, avec étonnement que les accidens ont presque cessé dès l'instant où le pansement a été fait, et que les sutures n'en ont provoqué d'aucune espèce : il n'y a eu ni douleur, ni gonflement inflammatoire, ni pyrexie, si ce n'est celle qui accompagne toutes les opérations. La première malade était, depuis près d'un mois, dans un état de fièvre hectique quand l'opération a été faite, et, quelques jours après, l'affection fébrile avait cessé. Croit-on qu'il eût été sans danger, dans l'état où elle se trouvait, de joindre à la pyrexie déjà existante l'influence d'une nouvelle phlegmasie? Ce n'est rien que de dire d'une manière vague et générale que deux malades ont succombé : la question est de savoir s'ils ont péri, parce qu'on a tenté la réunion, et s'ils eussent survécu en livrant les plaies à la suppuration.

En quittant Montpellier, nous n'avions vu faire

que deux opérations de lithotritie, et les deux malades étaient morts. Qu'eût-on dit de nous si, arrivant à Paris, nous avions avancé que cette opération devait être bannie de la pratique chirurgicale?

Depuis notre séjour dans la capitale nous n'avons assisté qu'à deux opérations de staphiloraphie et toutes deux ont échoué. Que dirait M. Roux, si nous tirions de ces deux faits les conséquences que des esprits étroits pourraient tirer des deux cas d'amputation que nous venons de raconter?

Enfin, les deux premières amputations du col de l'utérus, que nous avons recueillies à la Pitié, ont été suivies d'accidens mortels, et bien nous en a valu de ne pas nous hâter de conclure; car nous en avons vu ensuite pratiquer sept à huit avec succès.

Que peuvent deux revers contre des milliers de faits recueillis sur tous les points du globe, et constituant un corps de doctrine? Ce que peut l'exception contre la règle, ce que peut un événement malheureux mais inévitable, contre tous les calculs de l'expérience et de la raison (1).

Au reste, M. Lisfranc, d'abord si satisfait de la méthode adhésive, a voulu pousser plus loin ses recherches. Il a donc fait de nouveaux essais, et les

---

(1) Nous regrettons beaucoup que des occupations pressantes, en nous éloignant de l'hôpital de la Pitié, ne nous aient pas permis pour le moment de multiplier assez nos épreuves; mais nous nous offrons à les poursuivre jusqu'à satisfaction, en présence de quiconque voudra nous en fournir les moyens.

résultats qu'il en a retirés depuis lui ont paru assez encourageans pour en continuer l'usage. Espérons qu'il finira par l'adopter entièrement, et se ranger au nombre des protecteurs de cette méthode. Qu'il est beau alors que l'on a déjà manifesté une opinion contraire, de savoir se rétracter!

4°. Enfin, quelles que soient la masse et la nature des faits que nous avons à présenter, nous n'exigeons pas qu'on nous croie sur parole; mais que celui qui voudra en nier les conséquences descende dans sa conscience, et se demande s'il a répété comme nous les épreuves, s'il les a faites assez nombreuses, assez variées, avec assez de soin, dans le véritable dessein de s'instruire, et s'il a suffisamment visité les écoles et les hôpitaux du royaume.

Si l'on a des objections à nous adresser (et nous les sollicitons dans l'intérêt de la science), nous désirerions beaucoup qu'elles sortissent de la bouche d'un chirurgien qui eût suivi la clinique de l'Hôtel-Dieu de Montpellier; ce n'est que par comparaison que l'on peut juger. Qu'un seul de ceux qui ont fréquenté cet hôpital depuis quinze ans élève la voix contre nous, et nous dise s'il a vu à la suite de la réunion immédiate ces accidens qu'on lui a si mal à propos imputés!

Quoique nous puissions proposer ce défi avec confiance, nous sommes loin d'aspirer à porter également la conviction dans les esprits. Nous savons combien la raison humaine prend plus facilement le moule de nos opinions que celui de la

vérité, et qu'entre deux hommes d'un avis contraire, ce que l'un considère comme démontré n'est souvent encore que problématique pour l'autre. Mais, avant tout, il faut chercher à penser et à parler juste sans vouloir ramener forcément les autres à nos goûts et à nos sentimens. « C'est une » trop grande entreprise, a dit La Bruyère. »

CHAPITRE V.

DES AVANTAGES DE LA RÉUNION IMMÉDIATE.

Après avoir soumis au jugement de nos lecteurs les objections portées contre la réunion immédiate, qu'il nous soit permis d'exposer en peu de mots les avantages que présente ce mode de pansement. Ce que nous en avons déjà dit et ce que nous en dirons encore dans la suite nous dispenseront cependant de bien des détails.

1°. Si, comme on n'en saurait douter, la douleur seule peut donner la mort, n'est-on pas forcé de reconnaître que la réunion immédiate l'emporte de beaucoup sous ce rapport sur la réunion secondaire? Comparez la position de deux malades pansés d'après l'une et l'autre méthode, et vous jugerez bientôt de la différence. Déjà, quelques heures après l'opération, l'un commence à être calme et se dit plutôt abattu que souffrant; l'autre, tourmenté plus ou moins par la douleur, éprouve de l'agitation, de l'insomnie, et les doses les plus fortes d'opium ne suffisent pas toujours pour faire cesser le spasme. Si les souffrances ne sont pas assez vives ou assez prolongées pour causer la mort, souvent elles mettent en jeu les sympathies, et provoquent les accidens les plus étranges et les plus formidables.

Que sera-ce si nous parlons des douleurs qu'en-

traînent les pansemens? Nous avons été quelquefois témoin de ces scènes affligeantes, et nous avons vu des malades redouter tellement cette épreuve qu'à l'instant où sonnait l'heure de la visite, le souvenir seul des souffrances de la veille donnait lieu chez eux à une réaction fébrile très prononcée. Voyez les opérés chez lesquels les lèvres de la plaie ont été rapprochées et mises en contact: prévenus d'abord par des craintes basées sur les effets ordinaires de l'ancien mode de pansement, ils redoutent aussi la levée de l'appareil; mais dès le jour où ils se sont aperçus de leur erreur, ils demandent, ils sollicitent des soins plus empressés, et semblent puiser du soulagement là où les autres trouvent la source de leurs souffrances.

2°. Au milieu de l'ébranlement que cause la douleur, les organes digestifs sont rarement épargnés; leur action sur les alimens décroît de plus en plus, et comme chez les individus faibles les mouvemens fluxionnaires se font avec une rapidité inouïe, les alimens déposés dans l'estomac, n'étant point digérés, fatiguent cet organe et agissent à la manière des corps étrangers. Il ne faut donc pas s'étonner si les inflammations des voies digestives sont si fréquentes à la suite des grandes opérations terminées par des suppurations longues, comme à la suite de toute maladie chronique. Mais est-ce là la cause première de la mort?

Au contraire, en réunissant la plaie, la réaction est quelquefois si faible, que, dès les premiers jours, on peut déjà commencer à donner du bouillon au

malade. Cet avantage n'est pas à dédaigner, et si après les grandes opérations il est souvent utile de prescrire une diète sévère, il est des cas où il importe aussi de réparer promptement les forces. Les écarts de régime ont fait beaucoup de victimes; mais la diète portée trop loin ne compte-t-elle pas les siennes ?

Comment concilier tous ces faits avec les idées d'un chirurgien aussi respectable par son caractère que par sa vaste expérience, et qui a manifesté le désir de voir abandonner la réunion, afin, dit-il, de diminuer les chances du tétanos (1)?

Nous ne contesterons pas qu'on ait vu le tétanos survenir après la réunion immédiate, il suffit que M. Larrey en ait été le témoin, pour que nous devions le croire. Mais ce que nous ne pouvons admettre, c'est que cet accident ait été la conséquence immédiate de ce mode de pansement. *En supposant que le tétanos traumatique fût aussi fréquent qu'il est rare,* que conseille-t-on dans ce cas? que conseillerait M. Larrey lui-même? D'enlever les esquilles, d'extraire les corps étrangers, de pratiquer des saignées, de faire des applications émollientes et sédatives, en un mot, d'empêcher l'irritation locale de se réfléchir sur les ramifications de l'arbre cérébro-spinal; et l'on veut que la réunion immédiate, qui réduit les plaies même les plus compliquées à l'état le plus simple, cause le tétanos (2) !

---

(1) *Mémoires de chirurgie militaire.*

(2) Nous trouvons dans un très bon mémoire publié par

Le baron Larrey, à qui nous soumettions ces réflexions, dans son hôpital de la Garde, nous répondit qu'il y avait des blessés chez lesquels on ne pouvait exercer la moindre pression sur le moignon sans s'exposer à leur causer des mouvemens convulsifs. Mais pourquoi, nous qui avons étudié si longtemps les effets de l'adhésion primitive n'aurions-nous jamais observé ces accidens? Pourquoi tant d'autres chirurgiens qui emploient cette méthode ne les auraient-ils jamais vus? C'est que M. Larrey a surtout opéré sur le champ de bataille, et que nos observations ont toutes été recueillies dans les hôpitaux ou dans la pratique civile. Mais enfin pourquoi les chirurgiens qui, comme l'auteur de la *Relation de l'armée d'Orient*, ont vécu dans les camps, ne partagent-ils pas son opinion? C'est qu'ils n'ont probablement pas opéré dans les mêmes circonstances, ni sous les mêmes conditions locales. C'est donc dans ces dernières qu'il faut chercher la cause du tétanos, et non dans la réunion immédiate. Si nous observions jamais cet excès de sensibilité dans le moignon dont nous a parlé M. Larrey, nous sommes prêt à nous ranger de

---

M. Polydore Delmas, un fait tiré de la pratique de son père, dans lequel des symptômes nerveux très graves, survenus à la suite d'une luxation du pied avec solution de continuité aux tégumens et fractures du tibia et du péroné, ont cédé le lendemain du jour où l'amputation de la jambe a été faite. La plaie avait été réunie par première intention. (*Nouvelle Bibliothèque médicale,* octobre 1828.)

C'était là assurément une occasion bien favorable pour le développement du tétanos.

son avis : jusque-là, nous persisterons dans les idées que nous avons déjà émises (1).

3°. Poursuivons notre sujet, et rapprochons quelques faits qui prouvent ce que nous venons d'avancer ; mais laissons parler le docteur Massabiau : quand on a une opinion à défendre, il n'y a pas de mal à céder de temps en temps la parole aux autres.

Quatorzième observation.

Coup de sabre à l'avant-bras. — La plaie n'est pas réunie. — Accidens nerveux et inflammatoires. — Suppuration longue. — Cicatrisation tardive.

Le nommé Giroud, chasseur à cheval, âgé de vingt-huit ans, doué d'une constitution forte, entré à l'hôpital Saint-Eloi le 11 septembre 1820, avait reçu la veille, dans un duel, un coup de sabre sur le bord radial de la main droite : la plaie,

---

(1) S'il se trouve qu'il n'y ait pas assez de peau pour recouvrir le moignon sans le tirailler outre mesure, l'opérateur renoncera tout de suite à le recouvrir entièrement. Il se contentera d'appliquer, sans effort sur les muscles, ce qu'il aura gardé de peau, et il se résoudra à avoir une certaine étendue de chairs à nu, qu'il pansera avec de la charpie, ou toute autre pièce de pansement. Le bienfait de l'opération par réunion immédiate ne sera pas complet ; mais le résultat de cette opération, qui tiendra en quelque sorte le milieu entre les deux méthodes, sera cependant bien préférable à celle qui ne réunit pas du tout. (Maunoir, ouvrage cité.)

Voilà, comme nous le dirons dans un autre chapitre, ce que fait M. Larrey ; mais conserve-t-il toujours une assez grande quantité de peau ?

d'environ quatre pouces d'étendue, n'avait pas été réunie; ses bords étaient rouges et tuméfiés, la réaction forte, le pouls plein et résistant, la langue sèche; les traits, fortement contractés, portaient l'empreinte de la douleur. (Saignée, eau de veau nitrée, cataplasme émollient.)

La nuit fut orageuse, le blessé ne reposa pas un seul instant; des élancemens se faisaient sentir dans toute l'étendue du membre. (Saignée, même boisson, diète; le soir, on tire de nouveau du sang, et l'on prescrit un grain d'opium.)

Le 13, le malade était un peu plus calme, mais il n'avait pas encore reposé; l'appareil fébrile était moindre. (Eau de veau nitrée, un grain d'opium.)

Le 14, mieux-être plus sensible; le lendemain on enlève l'appareil et le peu de charpie qui adhérait à la surface de la solution de continuité: cette manœuvre, quoique exécutée avec beaucoup de ménagement, cause au malade les douleurs les plus vives, on donne un autre grain d'opium.

Dès ce moment, les accidens vont en diminuant, mais la suppuration est toujours abondante; la plaie reste long-temps à cicatriser, *et ce n'est qu'au bout de soixante-huit jours que Giroud est en état d'aller rejoindre son régiment.*

Parmi les observations nombreuses que nous pourrions opposer à la précédente, ajoute M. Massabiau, nous en choisirons une seule, et ce sera la suivante.

Quinzième observation.

Tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne gauche.—Amputation de la jambe. — Réunion de la plaie par première intention. — Légère réaction fébrile. —Guérison le vingt-deuxième jour.

Gébelin, âgé de trente-sept ans, exerçant la profession de cultivateur, se rendit à Montpellier dans le commencement du mois d'octobre 1829 : il portait une tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne gauche; la peau avait perdu sa couleur naturelle, et l'on voyait s'écouler à travers plusieurs points fistuleux un pus sanieux et fétide.

Tous les essais que l'on put faire pour arrêter les progrès de la lésion organique furent infructueux, il fallut en venir à l'amputation. L'opération fut pratiquée par M. Delpech : disons que la fièvre hectique et la colliquation existaient déjà depuis quelque temps.

Le lendemain, pouls plus développé, mais moins vif et moins fréquent qu'avant l'opération; température moins élevée, chaleur plus douce, langue moins rouge, soif moins ardente; quelques soubresauts dans le moignon. (Potion antispasmodique à prendre par cuillerée.)

Le 17, *le malade est sans fièvre, la température naturelle, la langue humide, la soif nulle.* Gébelin se plaint d'une légère douleur à l'épigastre; le ventre est souple; l'appareil n'est point encore baigné par le sang; le moignon est cependant agité de quelques secousses.

Le 18, on lève une partie de l'appareil et l'on re-

connaît que tout est en bon état, à peine y a-t-il quelque léger suintement provenant du trajet des ligatures ; deux soupes.

Le 20, on change l'appareil en entier. *On ne découvre aucun engorgement sur le moignon et la réunion est faite, excepté sur le trajet des fils.* (Soupe, biscuit et vin.)

De jour en jour, l'état du malade s'améliore : il repose la nuit; les excrétions, sans être trop abondantes, se font avec facilité ; il digère sans peine les alimens qu'on lui donne. Enfin, sa physionomie annonce un grand état de bien-être et de satisfaction.

Le 7 mars, c'est à dire *vingt-deux jours après l'opération* , la plaie est totalement cicatrisée.

Réflexions. Voilà deux observations dont le rapprochement seul démontre jusqu'à l'évidence l'ensemble abrégé des avantages de la réunion. D'une part, on voit une plaie par instrument tranchant et de quatre pouces d'étendue seulement donner lieu à des accidens nerveux et inflammatoires très intenses et exiger soixante-huit jours de traitement; tandis qu'il n'en a fallu que vingt-deux pour guérir une amputation de jambe. De l'autre, la fièvre, qui existait déjà au moment de l'opération, disparaît, quelques jours après, sans l'intervention d'aucun remède : au contraire, dans le premier cas, elle est la conséquence même de la blessure et ne cède qu'à l'action de plusieurs saignées.

Ne nous lassons pas de citer des faits, car on ne manquera pas de nous en opposer; mais puisons à une nouvelle source, et laissons parler

un de nos amis et confrères, le docteur Rigal de Gaillac.

Seizième observation.

Tumeur cancéreuse au sein. — Ablation. — Réunion immédiate à l'aide de la suture, des bandelettes et du bandage. — Aucune espèce d'accident. — Cicatrisation rapide de la plaie.

La femme Berraud, âgée de trente-cinq ans, portait depuis longues années un cancer à la glande mammaire droite : la tumeur s'étant ulcérée et causant de vives douleurs à la malade, celle-ci céda à l'avis de M. Bonniol, qui lui conseillait de se faire opérer. Je me rendis chez ce médecin accompagné de MM. Vernhes, chirurgien de l'hôpital de Rabastens, et Ducros, médecin à Cuibajous : la tumeur fut comprise entre deux incisions semi-elliptiques et enlevée dans sa totalité.

Les ligatures ayant été faites avec soin, je coupai les fils contre le nœud. Six points de suture entrecoupée servirent à rapprocher les bords de la plaie, et des bandelettes agglutinatives convenablement disposées achevèrent de les coapter. Je matelassai le tout avec de la charpie et plaçai un bandage légèrement compressif.

Au cinquième jour, les points de suture sont supprimés, et la plaie est trouvée réunie dans presque toute sa longueur; M. Bonniol, qui se chargea de donner ses soins à la malade, ne fit en tout que six pansemens. Cette cure date aujourd'hui de quatre ans.

Le 6 mai 1819, dit encore le docteur Rigal, je

fus appelé à Lantru par le docteur Salomon pour opérer une de ses tantes en proie depuis long-temps à un cancer au sein : le volume excessif de la mamelle semblait même devoir apporter de grands obstacles à l'opération.

Au moment de la faire, le docteur Espinasse, parent de la malade, me demande à connaître le mode opératoire que je me proposais de suivre, et se récrie au nom seul de la suture que je voulais employer. Je déclare que je ne prendrai le bistouri que pour suivre le procédé que je crois être le meilleur ; on me laisse le choix.

Quand la tumeur fut enlevée, la plaie qui en résulta avait près de dix pouces dans son plus grand diamètre; cette seule circonstance commença à vaincre la répugnance que mon confrère avait d'abord manifestée pour la suture. Dix points furent en effet appliqués et secondés dans leur action par les mêmes moyens que ci-dessus; aucun accident ne survint, le dix-huitième jour la cicatrisation était complète.

3°. Dans l'appréciation des accidens qu'entraîne la réunion secondaire, ne faut-il pas aussi faire entrer en ligne de compte l'épuisement qui résulte d'une suppuration long-temps prolongée? Peut-on sans inconvénient soumettre à l'action d'une semblable cause un individu déjà profondément affaibli par les progrès du mal ?

Les dangers qui proviennent de l'exagération du travail puogénique ne tiennent pas seulement à la soustraction d'une grande quantité de matière ani-

male : par le contact répété de l'air et des pièces d'appareil, le pus acquiert peu à peu une odeur infecte, et le transport d'une partie de cette humeur dans les voies circulatoires ne peut qu'aggraver le trouble qui règne déjà dans l'organisme. De là, la fièvre hectique, les sueurs partielles, l'insomnie, la diarrhée colliquative et la mort. Telle est, en effet, la série la plus ordinaire des phénomènes qui composent et terminent ces scènes de douleur et d'affliction.

Trois fois à la Charité, on a amputé la cuisse en notre présence et tamponné le moignon, les trois malades sont morts ; cinq autres avaient été, dans le temps, amputés de la cuisse ou de la jambe à l'hôpital de perfectionnement et pansés d'une manière presque analogue, tous ont encore péri. La réunion immédiate n'est donc pas la seule méthode après l'emploi de laquelle les malades puissent succomber.

Écoutons Pelletan lui-même traçant à ses contemporains le tableau des accidens attachés à la méthode ancienne : « Personne n'a vu mieux que moi les inconvéniens de ce procédé opératoire. Le plus grand de tous est la rétraction successive et graduée des tégumens et des muscles, *telle que le moignon représentait un cône dont la peau entourait la base et le sommet était formé par le bout de l'os*. La grande surface de cette plaie produisait une suppuration dont l'abondance et la longue durée étaient souvent funestes au malade. *L'extrémité de l'os se dénudait communément dans un pouce de longueur*, et il en fallait attendre l'exfoliation

pendant long-temps. Enfin la peau ne pouvant s'allonger assez pour couvrir le sommet du cône, une partie de la cicatrice se faisait par dessiccation, comme il arrive aux plaies avec perte de substance, et *non seulement exigeait un temps très long pour sa perfection, mais encore était exposée à des déchirures fréquentes et à des ulcérations interminables.* Le même événement tourmentait les malades quand ils commençaient à faire usage d'une jambe de bois, ou pour peu qu'ils heurtassent ce moignon par accident. Dans les cas les plus simples, ou lorsqu'il ne survenait aucun accident extraordinaire, les plaies étaient six ou huit mois à guérir, et il ne fallait pas moins de temps pour assurer la consolidation de la cicatrice (1).

Tels ont été, en effet, les résultats de la réunion secondaire; et l'on ose, à quelques modifications près, en proposer encore l'emploi! Quant à nous, nous voudrions pouvoir perdre jusqu'au souvenir de cette méthode. Lorsque nous voyons de nos jours un moignon largement ouvert, offrant des chairs rouges et palpitantes mises en contact avec des corps étrangers, nous ne saurions nous défendre d'un sentiment d'horreur. Il n'y a que ceux qui n'ont jamais observé les heureux effets de la réunion primitive, qui puissent ne pas sentir ce que nous avons éprouvé.

Justifions par des faits cette aversion.

---

(1) *Clinique chirurgicale,* tome III, page 185.

Dix-septième observation.

Tumeur blanche au genou. — Amputation de la cuisse. — Réunion secondaire de la plaie. — Accidens très graves. — Hémorrhagie par le moignon. — Rétraction des chairs. — Conicité du moignon. — Symptômes colliquatifs. — Mort.

Le 25 mars 1828, fut reçu dans l'un des premiers hôpitaux de Paris un jeune homme âgé d'environ dix-sept ans, portant au genou gauche une tumeur blanche existant depuis quelques mois. On crut d'abord pouvoir guérir la maladie par l'application des sangsues en grand nombre, jointe à la compression; mais ces moyens, quelquefois efficaces dans ces circonstances, échouèrent cette fois-ci, et l'on se décida à amputer le membre. L'opération fut pratiquée le 6 mai.

Le pansement fut fait quelques heures après: on appliqua d'abord une compresse fenêtrée enduite de cérat, de manière à dépasser toute la circonférence de la plaie; on mit ensuite des gâteaux de charpie recouverts eux-mêmes par une autre compresse fenêtrée encore enduite de cérat, et qui dépassait de beaucoup la première; des languettes et une bande peu serrée maintinrent cet appareil en place.

La nuit qui suivit l'opération fut agitée, et le malade se plaignit beaucoup de son moignon. Le lendemain, on lève l'appareil, et en pressant le moignon de haut en bas, on exprime un pus séreux et sanguinolent. *L'opéré parut très sensible à ces pressions.* Durant le jour, le malade fut encore

agité, et la nuit suivante il ressentit quelques douleurs dans le moignon. On renouvelle le pansement, *et, chaque fois, on comprime le moignon pour éviter les clapiers et les fusées purulentes. Ce mode de pansement causa toujours quelques souffrances au malade.* Le 10, la peau est chaude et sèche, le pouls fréquent et élevé, il y a soif. *La peau se recoquille en dedans* et favorise la stagnation du pus. A la partie postérieure, on remarque une espèce d'excavation formée en partie par la rétraction des muscles, qui s'insèrent à la tubérosité ischiatique.

Le 15, il y a de la toux et de la gêne dans la respiration, on applique quinze sangsues sur la fourchette du sternum; mais la suppuration languit et la surface du moignon ne fournit qu'une matière sanguinolente. *Le 20, une hémorrhagie par exhalation a lieu, et la compression que l'on exerce pour exprimer le sang occasione de vives douleurs au malade.*

Le 21, le 22, hémorrhagies nasales. Le 23, le bout de l'os dépasse presque les tégumens; on refoule ces derniers au moyen d'un bandage circulaire; il s'écoule toujours du sang par la plaie; le malade s'affaiblit de jour en jour et la diarrhée paraît.

A dater du 2 juin, le pouls acquiert de la vitesse, et la peau devient plus chaude qu'à l'ordinaire. Exacerbations le soir, sueurs durant la nuit, dévoiement presque continuel; *le moignon est toujours saignant, considérablement maigri; l'os fait*

déjà saillie. Dans cet intervalle, un abcès se forme à l'aine.

Plus tard, on tente de réunir avec des bandelettes, ces tentatives n'ont aucun effet; la plaie se refuse à cicatriser. *Les chairs sont toujours saignantes, la peau mince, flasque; l'os fait de plus en plus saillie à travers les muscles, et le moignon ressemble à un véritable cône dont le sommet est formé par le bout du fémur.* Enfin le malade s'affaiblit à vue d'œil, et meurt le 2 juillet, c'est à dire deux mois après l'amputation.

Réflexions. Cette observation, que bien des gens se rappellent sans doute, et que tout le monde lira avec douleur, fournit les argumens les plus forts que l'on puisse opposer aux détracteurs de la réunion primitive; à elle seule, elle prouve la validité de tous les reproches que nous avons adressés jusqu'à présent à la réunion secondaire; elle en signale même quelques uns dont nous avions omis de parler.

Ce fait est d'autant plus précieux qu'il résulte d'un mode de pansement différent un peu de celui des anciens, et à la faveur duquel on avait cru un instant pouvoir remédier aux inconvéniens réels que ce dernier présente.

Depuis le moment où, poursuivi par la crainte de voir se former des fusées purulentes, on a voulu comprimer le moignon, on a vu précisément se manifester avec une intensité toujours croissante l'accident que l'on voulait éviter : nous avions donc

raison de dire que le bandage expulsif est un moyen meurtrier.

Rappelez-vous l'époque à laquelle a paru l'hémorrhagie et les circonstances locales qui l'ont précédée, et vous saurez pourquoi l'écoulement du sang a duré jusqu'au dernier jour; ceux observés par le professeur Pelletan ne provenaient pas d'une autre source.

Quant aux phénomènes sympathiques, on aura pu s'apercevoir aussi que dès l'instant où la diarrhée a éclaté, les fonctions de la peau et de la circulation se sont dérangées, le marasme a été toujours en augmentant, et la mort seule a mis un terme à tous ces accidens.

Nous ne parlerons pas des souffrances qu'a éprouvées le malade, ces souvenirs sont trop pénibles à retracer; mais nous désirons que l'on sache que la compression exercée par le bandage a réduit les muscles au point de faire faire à l'os une saillie considérable à travers le moignon.

Enfin, jetez un dernier coup-d'œil sur cette observation, et jugez si, au lieu de faire de vains et douloureux efforts pour réunir une plaie en voie de suppuration, il n'eût pas été plus rationnel de se livrer à ces tentatives alors que la plaie était récente?

Aux résultats que donne ce mode de pansement, opposons encore une fois ceux que fournit la méthode moderne.

Dix-huitième observation.

Tumeur blanche au genou. — Amputation de la cuisse. — Réunion immédiate. — Adhésion. — Section de toutes les ligatures. — Adhésion complète dès la levée du premier appareil. — Sortie du malade le quatorzième jour.

Jean-Pierre Barrety, d'Albi, âgé de trente-deux ans, travaillant en qualité de maître-maçon au pont de la Pointe, sur le Tarn, fut pris, dès le printemps de 1824, de douleurs sourdes dans l'articulation tibio-fémorale droite. Peu à peu il survint du gonflement, et l'on put reconnaître bientôt une tumeur blanche commençante.

Dans la suite, une chute sur le genou ayant accru le mal, Barrety se confia à un rhabilleur, qui, par des tentatives qu'il fit dans la vue de réduire une prétendue luxation, aggrava encore son état. Enfin, l'amputation fut pratiquée le 9 novembre 1824, malgré l'opinion de quelques confrères, qui croyaient voir dans un empâtement à la région trochantérienne, suite du décubitus, des signes d'une lésion organique dans l'articulation voisine.

Le membre ayant été séparé du reste du corps, dit le docteur Rigal, je mis un soin minutieux à lier jusqu'aux plus petites artères. Les deux chefs des ligatures furent coupés contre le nœud sans en excepter même celles de l'artère crurale, et je procédai à la réunion immédiate à l'aide de cinq points de suture entrecoupée, dont les anses n'embrassaient que la peau. Des bandelettes agglutina-

tives, soigneusement appliquées dans les intervalles, servirent à affronter plus exactement les bords de la plaie. Enfin, un bandage médiocrement serré et dirigé vers le même but servit à envelopper le moignon.

A peine, dit l'opérateur, se manifesta-t-il une légère réaction, et quand, au quatrième jour, je voulus lever le premier appareil, la cicatrice était complète; il ne restait guère que les ouvertures qui venaient de donner passage aux fils des sutures. La réunion par première intention avait eu lieu au point que, dans neuf pansemens que j'ai faits, le moignon a toujours été coiffé avec la même charpie qui avait servi à le recouvrir au premier pansement. Au quatorzième jour, Barrety partit pour se rendre à Albi.

Depuis lors, il a acquis un embonpoint qu'il n'avait jamais eu jusque-là, et il est maintenant employé à surveiller les travaux que l'on fait pour rendre le Tarn navigable de Gaillac à Albi. Debout toute la journée, et courant d'un chantier à l'autre, la cicatrice ne s'est pas déchirée une seule fois. Près de cinq ans se sont écoulés depuis le moment de l'opération, et sa santé n'a pas été altérée un seul instant.

Ce fait, quoique très beau sous le rapport de la rapidité de la guérison, et supérieur à tout ce que nous avons vu en fait d'amputation de la cuisse, n'est pas le seul que nous puissions citer en faveur de la réunion. Nous ne sommes embarrassé que du choix.

Dix-neuvième observation.

Tumeur blanche. — Amputation de la jambe. — Réunion de la plaie par les emplâtres agglutinatifs. — Guérison rapide et durable. Fait recueilli à Genève.

La femme Matthey, âgée de trente ans, était, depuis dix-huit mois, atteinte d'ulcères fistuleux dans le bas de la jambe droite, avec carie et gonflement considérable dans les os, tant de la jambe que du pied, dont l'articulation était entièrement traversée par les fistules. Ce mal provenait originairement d'un dépôt dit *laiteux*, pour la guérison duquel elle s'était abandonnée à un charlatan.

Après l'avoir cruellement maltraitée pendant plusieurs mois, cet homme l'avait enfin abandonnée dans un état de dépérissement, de maigreur et de souffrance considérable : elle fut alors reçue dans l'hôpital, où les remèdes et les moyens de guérison les plus actifs ne purent dompter son mal. Minée depuis long-temps par une suppuration extrêmement abondante, par une fièvre lente et par des douleurs qui lui avaient ôté jusqu'au souvenir du sommeil, et qui ne lui laissaient d'autre perspective que la mort, elle se détermine à subir l'amputation qu'on lui avait inutilement proposée pendant son séjour à l'hôpital : je pratiquai cette opération, dit M. Maunoir, le 14 septembre 1795, *en conservant assez de peau pour couvrir le moignon.*

Cinq heures après, il survint une hémorrhagie considérable, accompagnée de beaucoup d'irritation, d'angoisses et de souffrances. *Je levai tout*

l'appareil pour arrêter le sang, et j'y réussis en liant une artère musculaire que je n'avais pas aperçue pendant l'opération.

Je nettoyai le moignon avec autant de soin que la première fois, et je pansai de nouveau en rapprochant les lèvres de la peau, qui fut appliquée à nu sur les chairs et maintenue avec des agglutinatifs.

Je lève le second appareil le 20 septembre : la plaie est d'une belle couleur, la peau bien rapprochée; il y a un commencement de réunion dans la partie supérieure; la suppuration qui coule par l'ouverture inférieure est de bonne nature; la fièvre a considérablement diminué, et la malade se trouve mieux à tous égards. Elle se plaint pendant le pansement de douleurs dans les malléoles et le talon, qui n'existent plus.

Le 22, les ligatures tombent, la malade est dans le meilleur état possible ; la fièvre a cessé ; l'appétit, la gaieté et les forces reviennent : le 29, *la cicatrisation est complète.* Dès cet instant, on cessa tout pansement : *aujourd'hui, en septembre* 1811, *cette femme est pleine de santé et de force* (1).

Réflexions. Cette observation n'est pas assurément moins concluante que la précédente, et prouve tout autant la supériorité de la méthode moderne ; mais a-t-on bien fait attention à la facilité avec laquelle la réunion a eu lieu, malgré l'hémorrhagie qui a forcé à lever l'appareil cinq heures après l'opération ? Le vaisseau qui fournissait le

---

(1) *Mémoires sur les amputations*, page 52.

sang n'a pas été bien difficile à trouver et à lier. Ce que M. Maunoir a fait à Genève, MM. Lallemand et Delpech l'ont fait à Montpellier, et M. Roux à Paris : donc il est vrai de soutenir que l'hémorrhagie n'est pas un accident si redoutable alors même que la plaie a été primitivement réunie.

Cette observation est encore remarquable en ce que l'amputation a été nécessitée par une lésion organique et dans un cas où la malade avait, depuis plus de dix-huit mois, un écoulement habituel par la jambe. En 1811, c'est à dire seize ans après l'opération, la femme Matthey jouissait cependant de toute la plénitude de la santé.

Les faits de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire : M. Maunoir jeune a pratiqué près de trente amputations dans l'hôpital de Genève, la plupart pour des lésions organiques, et a été assez heureux pour ne pas perdre un seul de ses malades. Donc à Gaillac et à Genève, c'est à dire sur deux points diamétralement opposés, la réunion prospère à merveille. Mais à Metz, on réussit comme à Montpellier, et à Bordeaux comme à Lyon : donc les dangers que l'on attribue à la suppression trop brusque de la suppuration sont en grande partie illusoires, ou se trouvent largement compensés par des avantages dont on n'a tenu aucun compte.

Voyons ce qui se passe à Paris.

Vingtième observation.

Tumeur blanche au genou. — Application de plus de mille sangsues. — Continuation des symptômes. — Amputation. — Réunion par les bandelettes. — Guérison. Fait recueilli à l'Hospice de perfectionnement à Paris.

Morizot Louis, âgé de quarante ans, ancien militaire, ressent, à la suite d'une chute sur le genou droit, une douleur vive dans cette articulation : il emploie divers remèdes, entre autres, *huit cents sangsues,* et, le 9 janvier 1829, il demande un asile à l'hospice de perfectionnement.

Déjà la maladie avait fait beaucoup de progrès, et tout annonçait chez Morizot l'existence d'une tumeur blanche. On applique encore *deux cent trente sangsues*, et l'on couvre les divers points de l'articulation de plusieurs vésicatoires volans. La lésion organique va toujours son train, et l'on ampute la cuisse le 19 février : la plaie est réunie par première intention.

Le lendemain, il y a un peu de réaction, on pratique une petite saignée ; la fièvre traumatique cède, et le troisième jour, à la levée du premier appareil, la réunion a eu lieu en grande partie.

Du 1er. au 8 mars, toutes les ligatures tombent et les deux lèvres de la plaie sont confondues, excepté vers le point par lequel sortaient les ligatures. Peu de temps après, le malade sort de l'hôpital.

Réflexions. Nous citons ce fait de préférence à tout autre, parce que nous en avons été le témoin :

depuis que M. Bougon a repris le service, quatre amputations sur les membres inférieurs ont été faites d'après cette méthode, et un seul opéré a succombé : c'était une jeune fille récemment arrivée de la campagne, et nostalgique. Nous ne chercherons pas la cause de sa mort, M. Bougon pourra l'apprendre à qui voudra le savoir.

Mais comment se fait-il que ce chirurgien réussisse à Paris, en ayant recours à la réunion, tandis que tant d'autres disent avoir échoué et échouent réellement? La question est trop délicate pour essayer de la résoudre.

Consultons, à cet égard, le professeur Richerand, il nous dira : Cette méthode est préférable à l'ancienne, quel que soit le point de vue sous lequel on l'envisage. Outre l'avantage d'une prompte guérison, précieuse surtout dans les cas où le malade est réduit au dernier degré de marasme et supporterait difficilement une longue suppuration, la réunion immédiate évite beaucoup de douleurs. *Trois ans se sont écoulés depuis la publication de la troisième édition de ma* Nosographie : *durant cet intervalle, j'ai eu l'occasion de pratiquer plus de cent cinquante amputations, et l'utilité de la réunion immédiate m'a été de plus en plus démontrée.* Objectera-t-on après cela que la réunion immédiate ne puisse pas réussir à Paris? *Entendez-vous donc avec M. Richerand.*

Quant à nous, nous avons vu pratiquer à plusieurs reprises, à Montpellier ou dans plusieurs hôpitaux de France, toutes les amputations des

membres et dans la continuité et dans la contiguité, depuis la phalangette du doigt jusqu'à l'articulation de l'épaule, depuis l'orteil jusqu'à l'articulation coxo-fémorale; et la méthode adhésive a donné presque constamment des résultats avantageux.

C'est à l'emploi de cette même méthode que la chirurgie anglaise doit la supériorité qu'elle a, à certains égards, sur la chirurgie française; les Anglais eux-mêmes en conviennent. Pourquoi ne profiterions-nous pas de cet aveu?

Autrefois, disent MM. Roche et Sanson, dans la double intention d'arrêter plus sûrement l'hémorrhagie et de provoquer une suppuration abondante, que l'on croyait utile d'obtenir à la suite des amputations nécessitées par des affections chroniques, on remplissait la plaie de boulettes de charpie, que l'on soutenait par un bandage compressif plus ou moins serré. *Des douleurs vives, une inflammation violente accompagnée d'accidens sympathiques graves, la dénudation de l'os et la conicité du moignon étaient la suite presque inévitable de ce mode de pansement.* C'est à la chirurgie moderne que l'on doit d'avoir rendu la cure de ces plaies beaucoup plus simple, en essayant d'obtenir la réunion immédiate (1).

4°. Ce que nous venons de dire par rapport aux

---

(1) Roche et Sanson. *Élémens de pathologie,* tome II, page 449.

Nous insistons d'autant plus volontiers sur les remarques

amputations s'applique au plus grand nombre des opérations, et notamment à l'extirpation des tumeurs. Nouveaux faits à l'appui de cette idée.

Vingt et unième observation.

Tumeur cancéreuse à la cuisse. — Extirpation. — Lésion de la synoviale du genou. — Pansement avec des bourdonnets de charpie. — Inflammation vive du membre. — Pneumonie. — Mort. — Tumeurs cancéreuses dans les poumons.

Félix Oddono, sergent-major dans un régiment corse, âgé de trente-deux ans, était atteint, depuis plusieurs années, d'une tumeur très volumineuse à la partie interne de la cuisse gauche. Au moment où nous l'examinâmes pour la première fois (c'était au commencement de juillet 1822), la tumeur, offrant une forme à peu près ovoïde, s'étendait depuis le tiers supérieur de la cuisse jusqu'au dessus de la tubérosité interne du fémur. Elle était dure et comme osseuse à la partie supérieure, molle et douloureuse à la pression, tout près du genou. Sa surface, en général assez lisse, était parsemée d'un grand nombre de veines légèrement variqueuses; enfin, la tumeur jouissait d'une certaine mobilité, mais le malade faisait observer qu'il

---

que nous avons pu faire à Paris, que nous sommes presque sûr d'avance que nos idées seront partagées par tous les hommes qui n'ont pas d'opinion à défendre. Nous en jugeons par ce qu'en ont dit les journaux mêmes de la capitale :

« A Montpellier, à Lyon et à Marseille, la mort d'un am- » puté est un événement; à Paris, rien n'est plus commun. » (*Lancette française*, tome I, n°. 89, 26 mai 1829.)

était depuis long-temps gêné pour respirer, qu'il éprouvait, par intervalles, dans la poitrine un sentiment pénible de tiraillement, et qu'il était essoufflé dès qu'il marchait un peu vite.

On n'attacha pas d'abord assez d'importance à ces symptômes, et l'on crut pouvoir se contenter de l'application de deux vésicatoires sur les côtés du thorax.

Le 10 juillet, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : Deux incisions semi-elliptiques, entre lesquelles se trouvait une portion de peau que l'on sacrifia, servirent à mettre la tumeur en partie à découvert ; mais il fallut aller au delà, et passer entre les fibres du vaste interne pour l'atteindre en entier : elle adhérait par son pédicule à la ligne âpre du fémur. La dissection fut longue et difficile, et malgré toute l'attention et la dextérité de l'opérateur, la synoviale du genou fut ouverte. Une seule ligature fut appliquée, le sang ruisselait de toute la surface de la plaie : on se décida alors à tamponner avec des bourdonnets de charpie saupoudrés de colophane, et les lèvres de l'incision furent rapprochées avec des bandelettes de diachylum.

Cette opération eut les suites les plus graves, on devait s'y attendre : ainsi, la douleur, l'agitation, l'insomnie, la fièvre, l'inflammation de toute la cuisse en résultèrent ; mais ce qu'il n'était pas aussi facile de prévoir, ce furent les symptômes de pneumonie et d'ictère, qui, s'enchaînant rapidement les uns les autres, causèrent en grande par-

tie la mort du malade. Le 2 décembre, il avait cessé d'exister.

Autopsie. Une caverne au sommet du poumon gauche, des adhérences nombreuses et anciennes entre les plèvres, et un grand nombre de tumeurs cancéreuses. Les unes étaient enkystées et les autres unies d'une manière plus intime avec le tissu pulmonaire. A la base du poumon droit, et immédiatement au dessus du foie, un cancer très volumineux et déjà ulcéré : toutes ces tumeurs avaient l'aspect de celle qu'on avait extirpée à la cuisse; c'était encore le tissu dit cérébriforme.

La synoviale du genou fut trouvée remplie de pus.

Réflexions. Si la réunion immédiate réussit dans le midi de la France, on doit voir que la salubrité seule du pays ne suffit pas pour assurer le succès des opérations; ce que l'on attribue à l'influence du climat tient plus souvent encore à l'application bien entendue des règles de la thérapeutique. Une large plaie avait été faite dans la profondeur d'un membre et près d'une articulation, et l'on avait été obligé de *bourrer* la cavité avec des tampons de charpie; aussi le malade est mort au milieu des douleurs les plus vives et de l'agitation la plus grande : il ne pouvait pas en être autrement. Ici, l'effet est trop évidemment lié à la cause pour méconnaître la source de tous les accidens.

Les faits analogues que nous possédons sont déjà en assez grand nombre.

Fallait-il donc réunir la plaie? nous dira-t-on.

Non. Puisqu'il nous est permis d'exprimer notre avis, il n'eût fallu peut-être ni réunir ni opérer de la sorte ; il fallait amputer la cuisse, ou s'abstenir d'y toucher. Nous établissons en principe que toutes les fois qu'il s'agit d'emporter des tumeurs très étendues, il faut renoncer à l'opération si l'on n'a pas la certitude de pouvoir fermer aussitôt la plaie. Le professeur Delpech eût-il pu, eût-il dû jamais entreprendre cette belle opération dont il a été déjà question, s'il n'eût compté d'avance sur les bienfaits de la méthode adhésive ? Quand nous nous retraçons le tableau de tout ce que nous avons vu de bien et de mal en fait de réunion primitive et secondaire, nous ne pouvons nous figurer que l'on puisse encore s'élever contre la première de ces deux méthodes.

Le fait que nous venons de raconter offre un nouvel exemple d'opération *où le malade est mort d'accidens pneumoniques*, quoique cependant la plaie n'ait pas été réunie. Nous le soumettons à l'examen de M. Hervez de Chégoin et de tous ceux qui pensent comme lui.

5°. Puisque la phlébite est une maladie si funeste, n'est-il pas à redouter qu'en livrant la plaie à la suppuration, la phlogose se transmette à la membrane interne des vaisseaux, et ajoute ainsi à la gravité de l'opération ? On concevrait alors comment M. Blandin a tant trouvé de phlébites chez les amputés.

M. Lisfranc prétend avoir observé que si, après avoir pratiqué la section des veines, on les laisse

exposées au contact de l'air, on les voit rougir presque à l'instant, se gorger de sang et passer bientôt à l'état inflammatoire. Aussi, dit-il, après avoir excisé les veines variqueuses il faut en ensevelir les bouts au dessous des tégumens et tenter la réunion immédiate (1).

Si cette remarque est juste (et le talent observateur de M. Lisfranc en est pour nous le garant), n'est-ce pas une raison de plus pour recourir à la méthode adhésive à la suite de la plupart des opérations?

Peut-on, avec de telles idées, laisser à découvert une plaie récente durant deux ou trois heures, dans l'intention de lier plus exactement les vaisseaux? Ils veulent, disent-ils, attendre que le sang coule, pour mieux saisir les artères; et quand elles en versent à plein jet, ils feignent de ne pas les voir. L'opération va plus vite, il est vrai; mais une opération est toujours assez tôt faite quand elle est bien exécutée. N'est-ce rien que les douleurs qu'il faudra plus tard imposer au malade pour lier ces mêmes vaisseaux et panser la plaie?

6°. Enfin, se persuaderait-on qu'on ait pu se fasciner les yeux jusqu'au point de considérer la pourriture d'hôpital comme une contre-indication à la méthode par recouvrement? S'il fut jamais un cas dans lequel ce mode de guérison convînt, c'est certainement celui-là. Oui, la pourriture d'hôpital a fourni, à elle seule, les plus belles pages de l'his-

---

(1) *Leçons de clinique à l'hôpital de la Pitié*, hiver, 1829.

toire de la réunion immédiate, et rien ne pourra les ternir.

N'a-t-on pas été encore jusqu'à avancer que cet accident pouvait être la conséquence de la méthode adhésive; mais, en vérité, quel rapport de causalité y a-t-il entre ce mode de pansement et la complication fâcheuse dont il s'agit? Il faut avoir lu ces choses-là pour y croire.

Voici comment s'exprime, à cet égard, le professeur Delpech, dont l'opinion en fait de pourriture d'hôpital doit être toute prépondérante : Si nous n'eussions pas été convaincu d'avance de l'utilité de la réunion immédiate à la suite des amputations, le danger de voir bientôt les plaies des moignons infectées de pourriture nous aurait naturellement conduit à cette pratique; néanmoins, elle ne nous a pas suffi, et nous avons été obligé d'y ajouter des précautions particulières. Les fils des ligatures, quoique disséminés, afin de réduire la plaie aux moindres dimensions possible, ont cependant été cause de l'accident que nous voulions éviter, en laissant subsister quelques surfaces suppurantes extérieures. La pourriture d'hôpital s'est emparée de ces points, et quoiqu'elle ait marché avec une grande lenteur, à raison de l'étroitesse de l'espace, elle n'en a pas moins fini par détruire la cicatrice récente, dénuder et nécroser l'os, et faire des moignons coniques toutes les fois qu'elle a été abandonnée à elle-même. Pour éviter cet inconvénient, nous avons pris le parti de ne plus réserver les bouts des ligatures et de couper les fils contre le

nœud, afin de n'avoir plus d'interposition et de pouvoir réunir plus exactement les parties : dès lors, n'ayant plus de plaie extérieure, nous n'avons plus eu de pourriture à la suite des amputations.

A cela M. Roux répond : Quels ont été les avantages de cette pratique? N'y a-t-il eu aucune suppuration dans la plaie ainsi parfaitement réunie dans tous les points? Le moignon a-t-il été consolidé plus promptement qu'il ne l'est dans les cas où l'on conserve les fils des ligatures, soit qu'on les réunisse en un seul faisceau vers l'angle le plus déclive de la plaie, soit qu'on les dissémine sur différens points de cette plaie? N'est-il rien survenu qui tînt à l'incarcération des anses des ligatures au milieu de cette plaie? C'est sur quoi M. Delpech ne s'explique pas (1).

Nous pouvons aujourd'hui donner au professeur Roux les éclaircissemens qu'il demande, et dire :

1°. En opérant, comme le conseille le professeur Delpech, quelquefois on est assez heureux pour obtenir une réunion primitive presque dans toute la force du terme, et en supposant qu'il y ait un peu de pus formé, sa présence ne s'oppose pas invinciblement à la réunion.

2°. Bien qu'en coupant les fils des ligatures tout près du nœud on ne puisse pas se promettre de les

(1) *Voyage à Londres*; par M. Roux, page 137.

ensevelir pour toujours dans la plaie, et que leur présence dans l'épaisseur du moignon donne lieu le plus souvent à la formation d'un petit abcès, il est bien reconnu que leur interposition entre les lèvres de la solution de continuité empêche l'adhésion de s'effectuer. Ainsi, dans un cas urgent comme celui où se trouvait le professeur Delpech, valait-il mieux courir la première de ces chances, que de s'exposer à voir échouer la réunion? Plusieurs malades ont pu sortir de l'hôpital et échapper à la contagion avant que le travail d'élimination fût établi.

Telle est, en abrégé, l'idée que nous nous formons des avantages de la réunion primitive sur la réunion secondaire : les principes que nous professons ne sont donc, chez nous, ni le fruit d'une opinion préconçue, ni celui d'un système que nous avons pris à cœur de défendre; ils découlent d'un grand nombre de faits froidement observés et soumis à un examen comparatif et sévère. Au surplus, s'il fallait compter les opinions et non les peser, l'avantage serait encore de notre côté. Le nombre des chirurgiens qui emploient la méthode adhésive est plus grand qu'on ne pense : si l'on faisait un relevé des modes divers des pansemens suivis dans les hôpitaux de France, il serait aisé de démontrer que le parallèle est tout en faveur de la réunion. Que serait-ce si nous parlions de ce qui se fait en Angleterre et dans les États-Unis!

La suppression de l'hémorrhagie et la réunion des

surfaces divisées, dit Thompson, sont, dans toutes les blessures et dans toutes les opérations, le premier et le seul objet de l'attention des chirurgiens, et l'on peut dire que les succès de sa pratique sont proportionnés à la connaissance qu'il a des moyens d'y atteindre (1).

Terminons, en disant avec M. Maunoir aîné : « Il faut enfin que ce grand procès soit plaidé et jugé ; que les partisans de l'ancienne méthode laissent arracher le bandeau qui leur couvre les yeux, ou qu'ils appuient, s'ils le peuvent, la supériorité de leur doctrine par leurs nombreux succès, et qu'ils prouvent que la réunion immédiate fait un plus grand nombre de victimes (2). »

Puisse la prévention ou l'amour-propre ne pas entraver les débats !

---

(1) *De l'inflammation*, page 250.

(2) *Mémoire sur les amputations*, page 16.

CHAPITRE VI.

DE LA RÉUNION IMMÉDIATE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES PLAIES.

Outre tous les avantages attachés à la réunion immédiate, et dont il vient d'être fait mention, il en est encore une foule d'autres qui sont propres au traitement des plaies ou aux opérations, et qu'il convient d'examiner en particulier. Commençons par les cas les plus simples.

ARTICLE PREMIER.

DES PLAIES EN GÉNÉRAL.

Dans une science qui, comme la médecine, a pour objet le soulagement de l'espèce humaine, rien ne peut être indifférent à étudier : il n'est pas de maladie, quelque simple qu'elle paraisse, qui ne mérite de fixer notre attention; l'histoire des plaies en est un exemple bien remarquable.

Depuis Hippocrate jusqu'à nous, tous les auteurs qui se sont occupés des maladies dites chirurgicales ont consacré un article plus ou moins étendu à ce genre de lésions physiques, et ce sujet n'a point encore été traité d'une manière complète. On n'est pas même bien d'accord sur le sens qu'il faut attacher au mot *plaie,* et l'on se demande souvent en quoi la solution simple de continuité diffère de l'ul-

cère (1) ; cependant l'on ne cesse ni de raisonner ni d'écrire, et l'on oublie que pour s'entendre sur

---

(1) S'il suffisait de la présence de quelque obstacle local à la cicatrisation d'une plaie pour donner à celle-ci le nom d'ulcère, souvent la maladie changerait de nom du matin au soir, ce qui n'est pas très philosophique. Qui voudrait d'ailleurs se charger de nous apprendre le moment où s'opère cette étonnante métamorphose ? Ne vaut-il pas mieux, pour s'entendre, réserver uniquement le nom d'ulcère aux solutions de continuité spontanées ou accidentelles entretenues par une cause interne, comme le vice vénérien, le vice cancéreux ou autre ; en un mot, à une solution de continuité liée à une cause agissant sur l'ensemble de la constitution ? Disons donc qu'il y a entre la plaie et l'ulcère cette différence caractéristique et notable que la première, produite par une cause mécanique, tend essentiellement à la guérison, et y arrive par la succession naturelle des périodes lorsque rien n'en dérange la marche et n'en intervertit le cours. C'est une maladie aiguë, dit le professeur Delpech, tendant à une solution heureuse. Au contraire, l'ulcère tend constamment à s'agrandir, parce que sa cause est de tous les instans. Plus l'ulcération subsiste, plus la perte de substance augmente : ici, la nature ne fait le plus souvent aucun effort pour la guérison, et travaille parfois avec une rapidité effrayante à la destruction des organes contigus.

La guérison d'une plaie peut aussi être retardée par quelque obstacle local, comme serait une perte de substance fort étendue, le renouvellement de l'inflammation, le défaut de cette indication, la présence d'un corps étranger ou toute autre cause; mais la durée de cet état stationnaire ne change rien à celui des organes malades. La même quantité de substance se retrouve, et la suppression de l'obstacle qui, jusque-là, avait rendu inutiles les efforts de la nature, rend à celle-ci toute la plénitude de son pouvoir, etc., etc., etc. (Voyez le *Traité des maladies réputées chirurgicales,* du professeur Delpech.)

les choses il faut avoir d'abord bien fixé la valeur des termes.

L'opinion que nous manifestons ici n'est pas celle d'un esprit inquiet et frondeur qui prétend chercher le bien et ne le trouve nulle part, c'est l'expression des sentimens que nous ont inspirés les leçons que nous avons reçues et les faits que nous avons été à même d'observer. Loin de nous la prétention de remplir toutes ces lacunes! mais nous aimons à les signaler, afin que d'autres, plus versés dans l'étude de ces maladies, pensent à s'en occuper. Pour le moment, nous n'examinerons la question que sous le point de vue qui a rapport à notre sujet.

1°. Peu d'écrivains, jusqu'à présent, ont tenu compte de l'identité qui existe entre les plaies proprement dites et les solutions de continuité qui résultent des opérations; ce défaut de rapprochement les a même souvent égarés dans leur pratique. Nous avons vu des chirurgiens qui, la veille, venaient de réunir une plaie faite par un coup de sabre, livrer, le lendemain, à la suppuration une incision faite par un bistouri. D'autres, moins attentifs encore, font, d'une part, tous leurs efforts pour rapprocher les lèvres d'une plaie avec perte de substance, et renoncent sans examen à la réunion, parce qu'ils ont sacrifié un peu de peau. En un mot, quand il s'agit du traitement des plaies produites par des agens extérieurs, tout le monde est à peu près d'accord sur les avantages de la méthode adhésive; mais quand on parle de celles qui

proviennent de l'action des instrumens de chirurgie, on dirait qu'il s'agit de tout autre chose.

Pénétrons-nous bien de cette idée, que toutes les solutions de continuité qui résultent des opérations doivent être considérées comme des plaies simples par excellence. Ce n'est point un agent vulnérant mu par une force aveugle qui les a produites, c'est la main du chirurgien. C'est donc à lui qu'il appartient de leur donner la forme convenable, de respecter les organes essentiels à ménager, et de ne toucher qu'à ceux dont la lésion est indispensable. Alors ces sortes de solutions de continuité présenteront des conditions bien plus favorables pour la réunion que celles qui sont la suite des blessures. Mais comment songer à tous ces détails opératoires, si l'on doute de l'efficacité de la méthode?

2°. Relativement aux plaies simples par instrument tranchant, nous ne saurions trop recommander, en les réunissant, d'en affronter exactement les bords, surtout quand un cordon nerveux principal a été coupé. En effet, les expériences sur les animaux et quelques exemples pris chez l'homme tendraient à faire penser que les nerfs, comme tous les autres tissus du corps, peuvent se réunir et recouvrer ainsi leurs propriétés premières. Ce qui prouve, dit M. Larrey, que, dans ces cas, l'influence nerveuse ne se rétablit pas par le moyen des anastomoses, c'est que la section de la cicatrice reproduit la paralysie (1).

---

(1) *Revue médicale,* mars 1824.

Ces remarques s'accorderaient, jusqu'à un certain point, avec ce que l'on a déjà noté à l'égard des modes opératoires applicables au traitement des névralgies. Si l'on se contente de couper le nerf, les douleurs ne tardent pas à reparaître; au contraire, si on fait éprouver au cordon nerveux une perte de substance, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le caustique, la guérison devient en général plus sûre. Trop souvent la maladie se reproduit dans l'une et l'autre circonstance.

Quelques auteurs, et surtout Arnemann, se sont crus autorisés, par de nombreuses observations, à ne point admettre la régénération des nerfs : suivant eux, ce n'est que du tissu cellulaire condensé, qui sert de réunion aux extrémités nerveuses (1). D'une autre part, Michaëlis et Mayer, en enlevant des portions de nerfs, se sont aperçus que le nouveau corps qui servait à réunir l'ancien nerf au nouveau était presque de même nature. Qu'en conclure? S'il fallait embrasser une opinion, nous adopterions plus volontiers celle d'Arnemann, et nous invoquerions les faits que nous avons vus. D'ailleurs, qu'on y réfléchisse bien, il n'y a pas parité entre les résultats d'une solution de continuité accidentelle, et ceux de la section d'un cordon nerveux faite dans un cas de névralgie.

3°. La réunion n'est pas moins utile à tenter lorsque quelque tendon a été coupé; car du soin

(1) Meckel, *Anatom.*, tome I, page 284.

que l'on apporte dans le pansement dépend la conservation ou la perte des mouvemens dévolus au muscle correspondant. Si les deux bouts de la section sont mis dans un contact exact, ils se réunissent immédiatement, dit le professeur Delpech; s'ils sont tenus à une certaine distance, ils se confondent avec les parties environnantes, leur continuité est détruite et avec elle les mouvemens (1).

C'est dans les plaies de ce genre que l'emploi de la suture a rendu surtout les plus grands services; il importe seulement, pour le succès de l'opération, de ne pas confondre les tendons qui ont une gaîne synoviale avec ceux qui n'en ont pas. Nous-même, nous avons eu recours à ce moyen dans un cas de section du tendon du muscle extenseur propre de l'index, et nous ne voudrions pas en faire usage pour celle du fléchisseur du pouce, etc.

En fait d'exemples propres à démontrer les avantages de la suture dans les plaies des organes tendineux ou musculaires, nous en connaissons peu d'aussi concluans que celui que l'on trouve dans la *Chirurgie* du professeur Boyer. Le cas est trop intéressant pour ne pas le rapporter.

---

(1) *Malad. réput. chir.*, tome I, page 170.

Vingt-deuxième observation.

Coup de sabre à la partie externe de l'avant-bras.— La plaie n'est pas réunie. — Il en résulte une grande gêne dans les mouvemens des doigts. — On incise la cicatrice, on découvre les muscles, on les réunit au moyen de la suture. — Les mouvemens sont rétablis.

M. Achille de Coulonges, dragon, âgé de vingt ans, avait reçu un coup de sabre à la partie externe et moyenne de l'avant-bras droit, qui avait coupé en travers le muscle cubital postérieur et les portions de l'extenseur commun des doigts qui appartiennent à l'annulaire et au petit doigt. La plaie transversale qui en était résultée, n'ayant point été réunie, avait suppuré long-temps. Elle était guérie depuis deux mois; mais la main était restée fléchie et inclinée vers le bord cubital de l'avant-bras. Les deux derniers doigts étaient aussi gênés dans leurs mouvemens et la flexion ne se faisait pas avec assez de force pour que M. de Coulonges pût saisir un corps d'un volume médiocre et le tenir fortement avec cette main.

M. de Coulonges vint à Paris et consulta plusieurs chirurgiens, qui lui conseillèrent des douches avec l'eau hydrosulfurée factice, moyen qui ne pouvait produire aucun effet avantageux. M. Dutertre, chirurgien à Paris, aux soins duquel M. de Coulonges fut confié, forma le projet d'enlever la cicatrice, et de réunir cette nouvelle plaie par le moyen de quelques points de suture, du bandage

unissant, et surtout d'une machine propre à graduer à volonté et par degrés très lents l'extension de la main et des doigts. L'opération fut pratiquée le 28 août 1804, et réussit parfaitement. M. de Coulonges, que j'avais vu avant l'opération, dit M. Boyer, et que j'ai vu après, a recouvré l'usage de la main et des doigts, et a pu continuer la profession des armes, qu'il chérit et qu'il a volontairement embrassée (1).

Réflexions. Si nous ne nous faisons illusion sur le mérite de cette opération, nous croyons pouvoir la présenter comme l'une de celles qui attestent le mieux le génie du chirurgien. En effet, le talent de l'opérateur ne consiste pas à faire de grandes tentatives : qu'est-ce qu'une amputation du bras ou de la cuisse en comparaison du plan opératoire que conçut et qu'exécuta M. Dutertre? En chirurgie comme dans l'art de la guerre, a dit M. Janson, les succès qui font le plus d'honneur ne sont pas ceux qui coûtent le plus de sang (2).

Ceux qui ont lu jusqu'à présent avec attention tout ce qui précède s'attendent probablement à nous voir ici en opposition avec le professeur Boyer : sans doute, et nous ne pensons pas comme l'auteur des *Maladies chirurgicales*, que l'on eût pu, dans ce cas, se dispenser de faire usage de la suture. Nous ne pensons pas surtout que ce moyen soit

---

(1) Boyer, *Mal. chir.*, tome I, page 196.
Collection de thèses de Paris, 11 germinal an 13.

(2) Discours prononcé à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1828.

tant à craindre qu'il l'a dit. Mais en agissant ainsi, nous répondra-t-on, *vous n'êtes pas au niveau des connaissances acquises dans ce siècle :* soit, si l'on doit entendre par là ce que l'on fait, et non ce que l'on devrait faire. *Croit-on, d'ailleurs, se tenir au courant de la science en tamponnant les moignons avec de la charpie?* Renoncez donc à ce mode barbare de pansement, dirons-nous à notre tour aux détracteurs de la suture, et nous aussi nous renoncerons, s'il le faut, à ce dernier moyen; mais préparez de nouveaux argumens pour nous combattre et ne répétez pas servilement ce que Pibrac et Louis vous ont transmis. Ces armes sont déjà usées.

4°. Parmi les plaies avec perte de substance il en est qui, quoique ne paraissant pas pouvoir se prêter à la réunion, sont susceptibles de céder à la dissection des lèvres de la solution de continuité: telle plaie dont la cicatrice eût été très difforme a souvent offert, par ce moyen, une cicatrice à peine linéaire.

Ne voit-on pas des solutions de continuité de forme ronde ne cicatriser qu'avec difficulté et laisser sur les tégumens un grand nombre de rides? C'est dans ces cas que le chirurgien instruit, jugeant dès le premier instant de l'aspect qu'aura la cicatrice, circonscrit la plaie entre deux incisions semi-elliptiques, et, tout en changeant sa forme, se ménage la faculté de recourir sur-le-champ à la réunion. En appliquant cette idée à l'opération de la rhinoplastique, selon la méthode indienne, le professeur Delpech a trouvé le moyen d'abréger la gué-

rison des plaies du front, et de rendre les cicatrices très régulières (1).

5°. Quoiqu'on lise encore dans plusieurs ouvrages de pathologie que les plaies contuses et les plaies par arrachement doivent suppurer, cette règle nous a paru beaucoup trop exclusive. Nous ne serions pas même éloigné de croire qu'en s'y conformant d'une manière trop stricte, on s'est exposé souvent à des accidens que l'on eût pu éviter.

Déjà J.-L. Petit avait remarqué que, pourvu que la contusion ne fût pas trop forte, la réunion pouvait avoir lieu. Il avait même été jusqu'à avancer que l'état de stupeur qui accompagne ces sortes de blessures pourrait bien, en s'opposant au développement trop grand de l'inflammation, favoriser l'adhésion des parties mises en contact. Ce qui n'était alors qu'une sorte de pressentiment est aujourd'hui un fait bien avéré. L'expérience journalière prouve, dit le professeur Boyer, que les plaies contuses guérissent souvent par première intention (2).

6°. De nos jours, ce mode de pansement a été appliqué aux plaies d'armes à feu. Le baron Larrey rapporte quelques exemples de ce genre dans lesquels il a obtenu par la suture les plus beaux succès : en voici un très remarquable.

---

(1) Voyez la *Planche* xxviij de son deuxième volume de *Clinique chirurgicale de Montpellier*.

(2) Ouvrage cité, tome I, page 148.

Vingt-troisième observation.

Coup de pistolet à la face. — Désordre très grand. — On rafraîchit, on régularise les lambeaux et l'on réunit la plaie.

Le citoyen ...., aide de camp du général Verdier, fut atteint à la bouche d'un coup de pistolet qui lui emporta toute la joue gauche, depuis la commissure des lèvres jusqu'au masseter, en sorte que les deux arcades alvéolaires, la langue et une portion de ce muscle furent mises à découvert; les bords de la plaie étaient renversés et noirâtres, l'officier éprouvait déjà de vives douleurs. Je me hâtai de rafraîchir les lambeaux et de régulariser la plaie pour en mettre les bords en contact parfait, et je les fixai par neuf points de suture. Le blessé fut mis à la diète et à l'usage des rafraîchissans, qui prévinrent la fièvre et les autres accidens : le traitement ne dura que dix-sept jours, et il y eut très peu de difformité.

Nous avons vu, ajoute M. Larrey, des coups de feu à la face avec destruction des deux mâchoires presque en totalité se guérir sans que les individus aient été privés de l'usage de la parole et de la faculté d'avaler et même de mâcher (1).

7°. Les plaies par déchirure ou par arrachement peuvent aussi, dans plusieurs cas, être réunies. Dans

---

(1) *Relation de l'armée d'Orient*, page 284.

le temps, on reçut à l'Hôtel-Dieu de Paris un garçon boucher, qui, voulant détacher une pièce de bœuf et s'étant laissé tomber du haut d'une échelle, s'accrocha à un gros clou, qui lui déchira toute la face palmaire de l'avant-bras. L'interne de service essaya la réunion au moyen de quelques bandelettes; mais comme il craignait de voir le membre s'engorger, d'autant que le blessé était jeune et vigoureux, il fit faire des applications locales réfrigérantes et pratiqua à l'instant une large saignée. Quatre à cinq jours suffirent pour obtenir la cicatrisation de cette énorme plaie.

Ce cas est un de ceux où la réunion est indiquée; mais pour réussir, il fallait avant tout prévenir l'élan inflammatoire. Tout autre chirurgien se serait contenté peut-être d'employer des bandelettes, et ce moyen seul n'eût pas suffi, surtout s'il fût survenu de l'engorgement.

Dans une ville manufacturière et voisine de la nôtre, où se trouvent des ateliers destinés à la filature de la laine, nous avons vu des doigts, des mains, des avant-bras, des membres thoraciques presque entièrement arrachés, et nous étions frappé de la simplicité des accidens qui s'ensuivaient. Curieux d'en connaître la cause, nous avons interrogé les personnes qui pouvaient nous éclairer et nous avons appris du chirurgien à qui nous en parlions, qu'il était dans l'usage d'enlever les parties désorganisées, de régulariser les plaies, de les ramener autant que possible à leur état de simplicité, et d'en rapprocher légèrement les bords. De-

puis près de vingt ans, M. Lacassaigne suit cette méthode, et jamais il n'en a vu résulter des inconvéniens. Certes, l'occasion est belle pour la manifestation du tétanos.

Au reste, avec des désordres aussi graves, il est à peu près impossible d'avoir jamais une réunion complète; mais, en courant cette chance, on a du moins l'avantage de réduire d'autant la surface de la plaie et de soustraire ainsi les parties subjacentes à l'inflammation. Ce n'est là le cas ni de faire de trop grands efforts pour affronter les lèvres de la solution de continuité, ni celui d'appliquer des points de suture, à moins d'une indication urgente (1). Envelopper le membre d'un bandage épais et serré, ce serait vouloir s'exposer à produire la gangrène.

Quant aux plaies empoisonnées, celles produites par des animaux venimeux ou enragés, celles compliquées de la présence de quelque corps étranger, etc., il est presque superflu de dire que la méthode adhésive ne convient dans ces cas sous aucun rapport.

---

(1) Souvent la forme irrégulière et le nombre des lambeaux mettent dans la nécessité d'y avoir recours.

ARTICLE II.

DES PLAIES DE LA TÊTE.

Après avoir parlé des avantages de la réunion immédiate à la suite des plaies simples, nous eussions dû nous abstenir de traiter en particulier de celles de la tête, d'autant qu'elles ne diffèrent en rien sous ce rapport des autres solutions de continuité : telle est, du moins, l'opinion la plus généralement admise. Mais nous avons promis de ne rien cacher de ce qui est en opposition avec nos principes, et nous devions conséquemment répondre aux objections faites par M. Margot.

La plupart des écrivains, dit ce chirurgien, conseillent de tenter la réunion immédiate dans les plaies qui intéressent les parties molles extérieures du crâne, quel que soit d'ailleurs l'instrument qui les ait produites. Nous savons que quelquefois ce mode de traitement réussit, et qu'en peu de jours on obtient la guérison sans accident; mais dans un grand nombre de cas, on voit la réunion ne se faire que superficiellement, le pus séjourner dans le fond de la plaie, irriter les tissus, s'infiltrer et produire des inflammations du cuir chevelu, souvent très dangereuses. Nous pensons donc, d'après M. Lisfranc, que *jamais on ne doit recourir à la réunion immédiate des bords d'une solution de continuité siégeant sur la partie des tégumens du crâne habituellement recouverte de cheveux* (1).

(1) *Revue médicale*, tome I, août 1826.

Ce ne sont pas les faits que nous avons recueillis nous-même, que nous voulons opposer à M. Margot, c'est dans les écrits des auteurs les plus recommandables que nous irons puiser nos preuves.

1°. Laissons parler Lamotte : Sans que je veuille pénétrer la raison ni demander pourquoi un chirurgien, au lieu de remplir son intention, qui est de réunir la plaie, la dilate par une quantité de bourdonnets qu'il y *fourre* avec force, je ne doute pas que si je demandais à ce chirurgien raison de sa méthode, il ne me dît que c'est comme il l'a vu pratiquer à ses maîtres. *Mais nous ne devons jamais imiter leur mauvaise manœuvre, comme est celle de tenir les lèvres d'une plaie divisée par des bourdonnets, contre le précepte formel d'ôter les corps étrangers dans la vue de procurer la réunion des plaies; au lieu de quoi les tamponneurs des plaies semblent y en mettre exprès pour empêcher la réunion.* C'est donc un abus qu'il faut absolument abandonner pour suivre les judicieux préceptes que les anciens nous ont légués (1).

En s'en rapportant au langage que tenait Lamotte, il est aisé de voir que la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies de la tête n'est point une méthode nouvelle. Cependant, nous croirions mal faire si, comme lui, nous appliquions sur la plaie des compresses trempées dans le vin

---

(1) *Traité complet de chirurgie*, tome I, pages 526 et 527.

ou l'eau-de-vie, la dénudation des os du crâne ne nous empêcherait pas non plus d'avoir recours à la réunion.

2°. L'exfoliation du crâne dénudé par une violence extérieure, sans aucune complication, serait beaucoup plus rare, disait le célèbre Pott, si on ne la regardait pas comme inévitable, et si le traitement n'était dirigé précisément dans l'intention d'obtenir ce résultat: les os des enfans et des jeunes sujets sont d'un tissu si tendre qu'ils se recouvrent facilement d'une surface de bourgeons charnus, qui rendent leur exfoliation inutile. Chez les adultes même, dont les os sont plus durs, l'exfoliation est aussi souvent un effet de l'art qu'une conséquence naturelle du mal. Alors elle reconnaît presque toujours pour cause un mode de pansement vicieux, et dans lequel on s'est proposé d'obtenir cette terminaison.

3°. J.-L. Petit ne pensait pas autrement: ce chirurgien, qui a eu occasion de traiter et de voir un si grand nombre de plaies à la tête, notamment à Courtray, où il reçut dans son hôpital quatre ou cinq cents blessés qui avaient été massacrés dans une charge de cavalerie, ne fait nullement mention des inconvéniens que l'on voudrait attribuer à la réunion immédiate. Seulement, il pense que dans le cas où le lambeau est détaché de haut en bas, il faut faire une contre-ouverture à sa base pour assurer l'écoulement du pus en cas de suppuration. Mais aussi, il rapporte l'histoire d'un cocher sur la tête duquel la roue d'une voiture

ayant passé et détaché les parties molles du front et le périoste, *il réunit avec des bandelettes d'emplâtre d'André de Lacroix, et la plaie fut trouvée exactement réunie le troisième jour.* J'ai vu plusieurs fois, dit-il, une grande partie de la calotte enlevée et presque entièrement séparée du crâne se recoller en vingt-quatre heures, parce que la contusion n'était pas considérable. Ce n'est pas le déchirement, si grand qu'il soit, qui fait obstacle à la réunion, c'est la contusion (1). J.-L. Petit était donc encore bien loin d'avoir sur les plaies de la tête les mêmes idées que M. Margot.

4°. Voyons ce qu'en dit Richter dans sa *Grande Chirurgie*, ouvrage trop peu connu en France. *Le ferite di communi integumenti fatte da stromento tagliente, senza offensa del cranio, sono ferite simplici,* ni cui niente di particolare da notar presentasi. Puossi parimente se niente havvi che vi si opponga, passare alla immediata riunione della disgiunte parti. Un cosi fatto trattamento non escludono nepurè le *simplici ferite lacerate et le contuse degli integumenti.* Quand'anche poi il tentativo della pronta riunione non riesca, *non porta seco alcun reale inconveniente.* Ad un tal uopo ordinariamente bastano le strice d'empiastro agglutinente. Ogli è anchè talvolta necessario un punto di cucitura cruenta. Quandò in grazia di una cosi fatta ferita l'osso alla scoperto trovasi, onde non lasciarlo lun-

(1) *Maladies chirurgicales,* tome I, page 56.

gamente denudato, ad evitarne la sussequente mortificazione ed esfoliazione, hassi ben tutta la ragione di tentare la riunione delle disgiunte parti (1)

5°. A l'autorité d'un nom aussi respectable que celui de Richter joignons celle de Callisen : *simplex incisio instrumento scindente acuto lente, inducta, vulnerum simplicium therapeiam omninò sequitur... si obliqua seu transversa fuerint vulnera cæsa, attamen nisi cranii læsio, vel alia symptomata adsint, instar vulneris simplicis, emplastris, fasciis, situ, compressione reuniri possunt, nec denudatio cranii simplex hunc methodum excludit. Ictu separatus partium mollium cranium obtegentes panniculus, cuti unius lateris adhuc vel absque vel cum cranii denudatione, nisi profundioris læsionis signa adsint, citum reunionis tentamen requirit, quo longâ atque molestâ curâ, ossisque alteratio interdùm avertitur. Si angustus fuerit panniculus, una alterave sutura, interdum versus anguli externum requiritur* (2).

6°. Enfin, dit John Bell, il n'est pas étonnant que les chirurgiens anciens, qui craignaient de fermer les plaies avant que l'exfoliation de l'os eût lieu, montrassent tant de répugnance pour la suture ; on est cependant convaincu aujourd'hui que l'on peut, quand le cas l'exige, avoir recours à ce moyen. *Si l'adhésion immédiate ne s'effectue pas*

---

(1) *Elementi di chirurgia di Richter, da Volpi,* tome II, pages 11 et 12.

(2) *Systema chirurgiæ hodiernæ,* tome I, pages 611 et 612.

dans le temps ordinaire, on enlève les fils et il n'en résulte pas le moindre inconvénient; si elle a lieu, elle met le malade à l'abri de tout danger. Supposez que les parties molles extérieures de la tête soient tenues séparées du crâne, les os restent à découvert, l'exfoliation se fait attendre pendant six, huit, dix mois, suivant les circonstances. Pendant tout ce temps, la vie du malade est continuellement menacée (1).

7°. Enfin, Petit, de Lyon, qui, dans sa *Clinique*, a consacré un article très étendu au traitement des plaies des parties molles de la tête, loin de parler des inconvéniens de la réunion, cite plusieurs faits dans lesquels il a obtenu les succès les plus beaux et les plus prompts. Lisez sa première, sa cinquième et sa dix-huitième observation, et vous verrez des exemples de guérison complète obtenue le cinquième, le sixième et le dix-huitième jour. A la vérité M. A. Petit dit quelques mots d'une plaie à lambeaux pour laquelle on avait employé la suture sans nécessité, et où elle fut suivie d'un peu d'engorgement; mais qu'est-ce qu'un peu d'engorgement à côté des accidens mentionnés par M. Margot?

Disons tout (car il faut de la bonne foi dans les discussions scientifiques). Petit, de Lyon, parle aussi d'une autre plaie à lambeaux avec dénuda-

(1) Ouvrage cité, page 434.

tion de l'os à la partie postérieure de la tête. La plaie ayant été réunie, il fallut pratiquer une incision à la base du lambeau, *une fièvre intermittente survint le onzième jour et le malade mourut le dix-huitième.* Nous pressentons toutes les arrière-pensées qu'un semblable fait peut faire naître dans l'esprit de M. Margot et de ceux qui pensent comme lui; mais il nous reste un regret en lisant ce fait, c'est que M. A. Petit n'ait pas fait l'autopsie de ce malade. Sans doute, il est possible que le chirurgien de Lyon ait donné le nom de *fièvre intermittente* à des phénomènes fébriles purement symptomatiques. Toutefois ne mettons pas une supposition à la place d'un fait : d'ailleurs, serait-ce la première et la seule plaie superficielle de la tête qui eût causé la mort d'un blessé ?

8°. Samuel Cooper, qui paraît avoir observé avec attention ce qui se passe lorsque la réunion n'est que partielle, nous dira plus textuellement ce qu'il en est. « Dans ce cas, du pus se rassemblera dans les endroits où la réunion ne se fera pas; mais la guérison n'en sera pas moins complète. Une ou deux petites ponctions donneront issue à la matière, la tête conservera ses tégumens propres, et la cure ne sera réellement que peu retardée par la formation de quelques petits abcès (1). »

Enfin, que l'on se rappelle les cas de plaie de

---

(1) *Dictionnaire de chirurgie,* art. PLAIES DE LA TÊTE.

tête que nous avons déjà cités, et l'on sentira que si nous ne voulions éviter de parler trop souvent de ce que nous avons vu nous-même, nous eussions pu trouver dans notre recueil d'observations des faits plus que suffisans pour répondre au mémoire de M. Margot. Développons notre pensée.

9°. Quoique d'un sentiment opposé à celui de ce jeune chirurgien, nous ne prétendons pas nier la vérité des faits qu'il a avancés : c'est une manière à la fois peu logique et peu décente, mais trop commune, que de repousser de la sorte les opinions d'autrui. Celui qui ne croit rien fait preuve tout au plus d'une ignorance présomptueuse, et se condamne à la nullité de savoir; mais celui qui croit tout sans examen fait preuve, à son tour, d'une ignorance timide et paresseuse, et se réduit à la nullité de penser. Tenons donc compte des observations de M. Margot, et que M. Margot ne rejette pas celles des autres. Si, comme il le dit lui-même, la déchirure de la cicatrice a presque toujours suffi pour faire avorter l'orage, pourquoi ne pas commencer par tenter la réunion?

Quelque simple que soit une solution de continuité à la tête, il ne faut jamais oublier que les organes renfermés dans la cavité du crâne peuvent avoir souffert, et que la prudence exige que l'on éloigne avec soin tout motif d'inflammation. Si alors même que l'on réunit exactement la plaie, la phlogose y est quelquefois assez vive pour compromettre les jours du malade, que sera-ce quand on interposera

de la charpie entre les lèvres de la plaie, dans la vue d'empêcher par là leur adhésion mutuelle (1)?

10°. Peu de parties de notre corps sont aussi bien disposées que celles de la tête, et présentent des conditions anatomiques aussi favorables à la réunion. Outre qu'il existe dans cette région un plan solide sur lequel on peut aisément appliquer les lambeaux, la peau du crâne offre encore beaucoup d'épaisseur, et renferme des artères assez considérables. C'est à la faveur de cette heureuse disposition que l'on est souvent parvenu à obtenir le recollement du cuir chevelu là où toute autre portion des tégumens eût été indubitablement frappée de mort. Comment les plaies de la tête auraient-elles tant de difficulté à se réunir alors que celles de la face se prêtent si aisément à l'adhésion?

11°. Quoique nous nous soyons montré jusqu'ici grand partisan de la suture, nous partagerions assez volontiers l'opinion des auteurs qui veulent que l'on s'en abstienne dans les plaies de la tête,

---

(1) Nous aurions pu nous dispenser de répondre aux argumens allégués par M. Margot ; car nous avons appris que ce jeune praticien, aujourd'hui fixé à Voiron, département de l'Isère, est entièrement revenu des préventions qu'il avait contre la réunion : il en convient lui-même. Cette conversion ne sera ni la seule ni la dernière. C'est moins à lui que ces objections s'adressent qu'à ceux qui pourraient avoir adopté ses idées.

d'autant que la piqûre des tégumens du crâne nous a paru très propre à donner lieu au développement de l'érysipèle. Cependant il est quelques circonstances dans lesquelles l'emploi de ce moyen devient indispensable; nous en avons déjà offert quelques exemples, nous en aurons encore quelques autres à faire connaître dans la suite.

A propos d'éruption érysipélateuse à la suite des solutions de continuité à la tête, ne nous laissons pas imposer au point de croire toujours à l'existence d'un embarras gastrique ou d'un dérangement des voies alimentaires. Nous ne voudrions pas nous charger d'expliquer pourquoi les plaies de cette région donnent lieu plus souvent à l'érysipèle que celles des autres parties du corps; mais nous avons appris par des essais malheureux à nous méfier, dans ces cas, de l'emploi des vomitifs, et nous devons le dire, Desault, qui a tant préconisé le tartre stibié, n'employait guère ce remède qu'en lavage.

Stoll, dont l'opinion sur les mauvais effets de la méthode évacuante réveillera l'attention de tout le monde, fait remarquer qu'après des coups à la tête, il est bien souvent difficile de déterminer avec précision si les nausées et les vomissemens dépendent de l'estomac ou du cerveau; il importe donc d'y regarder de près. Quand on a vu, en pareil cas, l'administration de l'émétique suivie de la mort quelques heures après, il est bien permis de manifester ses doutes et ses craintes.

12°. Enfin, quel que soit le mode de pansement que l'on adopte pour les plaies de la tête, il faut,

d'un côté, n'appliquer jamais de bandage trop serré et, de l'autre, pratiquer au moins une ou deux saignées. Souvent on serait dans l'erreur si l'on voulait calculer d'avance la gravité des accidens par l'étendue de la blessure.

ARTICLE III.

DES PLAIES DU COU ET DE LA LARYNGOTOMIE.

Des plaies du cou.

1°. Parmi toutes les régions du corps il en est peu qui, dans un si petit espace, offrent autant d'organes importans; le traitement des plaies de la région cervicale exige donc de grandes connaissances en anatomie. Dans la plupart des cas, le péril est urgent, et, si l'on ne sait prendre un parti à l'instant même, le blessé risque de succomber rapidement. Le larynx et la trachée, le pharynx et l'œsophage, l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, le nerf de la huitième paire et le grand sympathique, peuvent tour à tour ou simultanément être lésés; c'est dire assez combien les accidens doivent être variés et formidables.

2°. Les règles que nous avons exposées jusqu'ici relativement aux solutions de continuité, en général, sont encore applicables aux plaies du cou. Faire cesser au plus tôt l'irritation ou prévenir le développement de la phlogose, en rapprochant les lèvres de la blessure, n'est-ce pas faire quelque

chose de très avantageux pour le malade? Le voisinage seul de la trachée et de l'œsophage le prouve. Si la plaie n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, la position et les bandelettes agglutinatives suffisent; si la blessure s'étend plus profondément, il devient presque indispensable de recourir à la suture.

Vingt-quatrième observation.

Plaie des tégumens du cou et du canal aérien à sa partie supérieure. — Hémorrhagie par les thyroïdiennes. — Syncope. — Mort imminente. — Ligatures des artères ouvertes, suture, réunion immédiate, guérison. — Le blessé vit encore.

Grégoire Anastasy, d'origine grecque, âgé de soixante ans, fut reçu dans la salle des blessés de l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 21 août 1826.

En proie aux chagrins les plus violens, il avait résolu de se donner la mort, et pour en venir là il s'était armé d'un rasoir avec lequel il s'était fait une large plaie au devant du cou. La solution de continuité avait une direction transversale et présentait environ cinq pouces d'étendue. Elle était bornée à droite et à gauche par le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et dans sa partie moyenne elle correspondait à l'union du cartilage thyroïde avec le cricoïde. Les parties comprises dans l'incision étaient la peau, le tissu cellulaire, les muscles peaussiers, sterno-hyoïdien, omo-hyoïdien, la membrane thyroïdienne antérieure, quelques branches artérielles appartenant à la thyroïdienne gauche, et les veines du même nom.

Une heure après l'accident, Grégoire fut apporté à l'Hôtel-Dieu. L'écartement de la plaie était considérable ; le transport du blessé avait été fait sans précaution, ses vêtemens étaient imbibés de sang, la face pâle et froide comme tout le reste du corps, le pouls presque insensible.

Déposé dans la salle avec cet appareil de symptômes avant-coureurs de la mort, Grégoire avait été délaissé par les internes de garde, lorsque *je m'aperçus qu'il respirait encore, en approchant de la plaie une lampe éclairée. La flamme était agitée par la colonne d'air qui s'échappait du larynx divisé.* Je m'empressai de lui donner des soins assidus, je liai deux branches artérielles qui fournissaient déjà du sang; elles étaient dans la partie gauche de la plaie. J'allais procéder à la réunion de la blessure, lorsque mon collègue, M. Batigne, instruit de cet accident, arriva.

Notre intention fut d'abord de réunir la plaie en employant la situation, les agglutinatifs et un bandage convenable; mais ayant réfléchi un instant sur l'étendue de la lésion, sa profondeur, la nature des parties affectées, l'importance de mettre en contact les bords de la division les plus profondément situés, afin d'empêcher l'air, les mucosités et le sang, etc., de passer continuellement à travers la plaie faite au larynx, et de prévenir leur infiltration dans les parties molles voisines, nous conçûmes le projet de mettre en contact immédiat les lèvres de la plaie faite au canal aérien.

L'exécution devait être fort difficile par rapport

à la résistance qu'offrait le cartilage thyroïde déjà ossifié. Une aiguille courbe en acier avait été déjà employée à cet usage, lorsque nous imaginâmes de nous servir d'un trois-quarts très délié; et pour éviter d'intéresser la paroi postérieure du larynx, ainsi que pour fixer cet organe, que la douleur rendait encore plus mobile, nous recourbâmes l'extrémité d'une spatule, que nous eûmes le soin d'engager dans la plaie jusque dans l'intérieur du larynx, en la dirigeant de bas en haut sur le cartilage thyroïde, que nous pûmes percer ainsi de dehors en dedans, un peu à gauche de la ligne médiane et à trois lignes environ au dessus de son bord inférieur. Nous pratiquâmes la même ouverture au cartilage cricoïde, en observant les mêmes règles et les mêmes précautions, de manière à la faire correspondre à celle faite au thyroïde.

Au moyen d'un stylet percé d'un œil et recourbé, nous passâmes une ligature double et parvînmes ainsi à rapprocher ces deux cartilages. Deux nœuds furent faits pour mieux les assujettir, et les fils coupés tout près. La plaie faite aux parties molles fut de suite réunie immédiatement à l'aide de cinq points de suture, quelques gâteaux de charpie placés sur la partie lésée, une compresse et une bande médiocrement serrée servirent à terminer le pansement. Enfin, la tête fut assujettie dans la flexion sur la poitrine.

Pendant cette opération assez laborieuse, le malade avait souffert et avait été frappé d'une toux forte et convulsive, lorsque surtout l'instrument

avait traversé la muqueuse laryngée. Il y avait eu des syncopes rapprochées, et tout inspirait les plus vives craintes. Une potion légèrement tonique fut prescrite, le blessé gardé à vue et réchauffé au moyen de flanelles placées sur tout le corps.

Une heure après le pansement il avait recouvré la parole; mais nous lui prescrivîmes de garder le plus profond silence. Tout fut observé, et la plus grande surveillance exercée par toutes les personnes qui l'entouraient. On donna la tisane de riz à prendre par cuillerées.

La journée fut bonne et la déglutition facile; il y eut de la tranquillité et un peu de repos le soir. Pendant la nuit, la réaction se déclara, mais elle ne fut pas forte; déjà le lendemain elle était moindre.

On donne un peu de bouillon, et le blessé le prend avec plaisir; un peu d'exacerbation le soir. Un gonflement inflammatoire se déclare autour de la plaie, on renouvelle l'appareil. Les bords de la division sont bien maintenus en contact. La nuit se passe sans douleur; le malade a quelques instans de sommeil.

Le 23 août, troisième jour de l'accident, un nouveau pansement est fait : la rougeur et le gonflement étaient les mêmes, la déglutition un peu plus difficile. M. Moulaud, chirurgien en chef, qui, depuis le soir du 21 août, avait observé le malade, fut d'avis d'ajouter à ses prescriptions ordinaires une crême de riz toutes les quatre heures, et deux bouillons dans le courant de la journée. Le soir, il

y eut une légère exacerbation; pendant la nuit, un peu de repos.

Le 24 août, quatrième jour, le pansement fut renouvelé, parce que les pièces d'appareil étaient imbibées, comme les jours précédens, des boissons qu'on donnait au malade, et dont une partie se perdait toujours, à cause de la situation qu'il était forcé de garder, quoiqu'il eût une écuelle à biberon. Les environs de la plaie étaient peu engorgés et la rougeur moindre. (Même régime. Le soir, peu de fièvre; la nuit, sommeil assez prolongé.)

Le 25, cinquième jour, la réunion avait été obtenue partout, excepté dans un seul point, qui correspondait à la ligature placée dans l'épaisseur des cartilages. Ce point, situé à gauche du thyroïde, avait à peine 3 ou 4 lignes. Néanmoins les points de suture extérieurs furent encore respectés, et la plaie pansée à plat. Ce jour-là, à peine pûmes-nous observer des traces d'inflammation aux tégumens du cou, si ce n'est autour de chaque ligature. (Même régime.)

Le 26 août, sixième jour, tous les points de suture sont coupés et les fils retirés. Le lieu seul dont nous avons parlé suppurait un peu; mais il ne s'échappait aucune bulle d'air par cette voie. (Deux soupes, crêmes de riz, tisane.)

Le 28, quelques brins de charpie furent maintenus sur la petite plaie par un morceau d'emplâtre-diachylon. Le pansement ne fut renouvelé que tous les deux ou trois jours.

Le 31 août, onzième jour, l'appareil fut pénétré d'une plus grande quantité de pus qu'à l'ordinaire; nous examinâmes la surface du plumasseau avec attention, et nous découvrîmes deux anses de fil que nous jugeâmes être les ligatures faites aux artères divisées.

Du 1er. au 21 septembre, il n'y eut rien de saillant : les alimens donnés au malade furent graduellement rendus plus copieux; la suppuration rendue par la petite plaie est peu abondante, et ce dernier jour, 21 septembre, trente-troisième jour de l'accident, la ligature qui avait réuni les deux cartilages est expulsée avec une quantité de pus plus forte qu'à l'ordinaire.

Du 21 au 30 septembre, quarante-deuxième jour, tout fut terminé. Des bourgeons charnus assez prononcés avaient été réprimés plusieurs fois par le nitrate d'argent. Durant les neuf jours qui suivirent la chute de la dernière ligature, la cicatrisation fut complète.

Je n'ai jamais perdu de vue le blessé, nous écrit M. Chastan; il se promène dans les rues de Marseille en parfaite santé, et vit des aumônes qu'on lui fait (1).

Réflexions. Quoique les personnes qui cherchent à se suicider se fendent ordinairement la gorge au dessus du larynx, nous avons ici un exemple d'un

(1) Ce fait a été recueilli par M. Chastan, chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

coup porté à peu près au milieu de cet organe. Ce n'est même que par la position de la blessure que l'on peut expliquer comment les artères carotides et les veines jugulaires internes n'ont pas été ouvertes. Les seuls vaisseaux que l'on ait eu à lier sont des rameaux fournis par les thyroïdiennes supérieures; heureusement pour le blessé l'hémorrhagie avait amené la syncope, et celle-ci l'oblitération momentanée de l'artère, sans quoi le blessé eût été mort avant que d'être apporté à l'hôpital.

Mais il existait en outre une complication aussi rare que fâcheuse, celle de l'ossification du larynx: il a fallu tout le savoir et toute la ténacité de deux jeunes chirurgiens également pénétrés des avantages de la réunion immédiate, pour oser tenter le moyen auquel ils ont eu recours. On peut donc, quoi qu'en ait dit John Bell (1), comprendre les cartilages dans l'anse des fils.

Le succès obtenu dans ce cas prouve encore que, quelque grave que soit l'état d'un blessé, il ne faut jamais renoncer à lui donner des soins. Voilà un malade que l'on croyait mort, et qui déjà avait été abandonné : un chirurgien plus attentif et plus soigneux s'en approche et reconnaît que le blessé respire. On réchauffe son corps, on lie les vaisseaux ouverts,

(1) On s'oppose à l'écoulement de la salive au dehors en fermant la plaie avec exactitude ; on y pratique un nombre suffisant de points de suture entrecoupée, qui traversent la peau, les muscles et les autres parties molles, mais jamais les cartilages. (*Traité des plaies,* page 475.)

on réunit la plaie, et le flambeau de la vie est rallumé à l'instant. On redouble d'attention et de zèle, et ce malheureux survit à sa blessure comme pour attester la toute-puissance de l'art.

3°. Tout serait assez bien disposé dans les plaies du cou pour l'adhésion mutuelle des parties, si les mouvemens involontaires du pharynx pour la déglutition de la salive ne contribuaient quelquefois à l'écartement des lèvres de la plaie. C'est pour se mettre à l'abri de cet accident que l'on prescrit au malade le repos le plus absolu, et qu'on lui ordonne de laisser la salive s'écouler par les commissures de la bouche plutôt que de faire le plus léger effort pour l'avaler. Dans le cas où l'on serait obligé de donner des bouillons au malade, on devrait avoir le soin de les faire arriver jusqu'à l'estomac au moyen d'une canule œsophagienne.

La toux, qui quelquefois vient entraver la guérison, mérite aussi l'attention du chirurgien : nous ne conseillerons pas cependant, comme John Bell, de chercher à la calmer par les préparations opiacées, encore moins s'il y avait du délire. Chez tous les hommes qui se sont livrés à des tentatives de suicide, il existe un certain degré d'exaltation morale que l'emploi de l'opium pourrait accroître en favorisant la congestion vers le cerveau.

Enfin, si l'indocilité du malade est telle qu'il ne puisse garder le repos ou la position nécessaire pour le rapprochement des bords de la plaie, il faut de toute nécessité faire usage d'un appareil contentif très solide. On pourrait alors avoir recours à

celui dont il est fait mention dans l'ouvrage de Sabatier (1).

De la laryngotomie.

1°. Il existe tant de points de contact entre les plaies profondes du cou et l'opération de la laryngotomie, que nous avons pensé devoir en parler dans un même article. Cependant n'allez pas croire que, dans ce dernier cas, l'emploi de la méthode adhésive soit aussi indispensable que dans le précédent. Rien, dans les solutions de continuité de la région cervicale, ne s'oppose à ce qu'on tente la réunion; il y a plus, elle est impérieusement indiquée. Au contraire, dans l'opération de la laryngotomie, il convient quelquefois de tenir les lèvres de la plaie écartées. Il est des circonstances où l'on pratique une ouverture au larynx ou à la trachée, dans la vue de donner un accès libre à l'air; il importe donc de conserver durant un certain temps cette voie artificielle. Mais, si l'on a fait la laryngotomie pour extraire un corps étranger, la plaie doit être réunie sur-le-champ.

2°. On a craint, dit Desault, la non-réunion du cartilage, et par suite le passage habituel de l'air entre ses bords; mais qui ne sait que si, dans les cartilages, la cicatrisation est moins prompte que dans les autres organes, elle ne s'y opère pas moins? D'ailleurs, ici elle sera favorisée par le contact

(1) *Médecine opératoire,* tome I, page 164, 2e. édition.

exact des bords de l'ouverture, que l'élasticité de la partie force à se rapprocher (1). La position, les bandelettes et le bandage suffisent; la suture y serait de trop.

3°. Outre que l'entrée directe et long-temps prolongée de l'air par une voie non naturelle peut amener une phlogose de la muqueuse pulmonaire, nous pensons que l'inflammation qui s'empare de la plaie n'est pas sans inconvénient. A en juger par

---

(1) *OEuv. chirur.*, tome II, page 280.

Après avoir entendu, l'année dernière, M. Dupuytren parler tant en faveur de la réunion immédiate à l'occasion des plaies du cou, nous sommes à nous demander pourquoi, dans un cas d'opération de laryngotomie pratiquée naguère chez une petite fille pour l'extraction d'une fève de haricot, il a laissé suppurer la plaie. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, parlant de cette opération, a dit (*Clinique*, 15 février 1830) qu'il avait craint l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire; mais ne fait-il entrer en ligne de compte ni l'élasticité naturelle, qui tend à rapprocher les parties récemment divisées, ni l'action des bandelettes, ni le gonflement qui succède au traumatisme et tient les lèvres de la solution de continuité en contact?

Quant à la nécessité qu'il y avait, dans ce cas, de ménager les fonctions respiratoires, nous ne saurions non plus être de son avis; car, le corps étranger étant enlevé, l'air n'avait plus besoin d'une voie artificielle pour pénétrer jusqu'aux poumons. Ce qui le prouve, c'est que, malgré même la présence du corps étranger, l'enfant avait pu respirer pendant plus de quarante-huit heures. Enfin, la muqueuse bronchique était déjà profondément enflammée; nouveau motif pour tenter au plus tôt de fermer la plaie. Telle est, au moins, notre opinion.

le peu d'étendue qu'elle présente, notre remarque pourra d'abord paraître exagérée ; mais quand nous aurons dit ce que nous avons vu, et ce que peut-être personne n'a encore noté, on y regardera avec un peu plus d'attention.

Chez deux malades atteints spontanément l'un et l'autre d'angine œdémateuse et menacés d'une prompte suffocation, la laryngotomie avait été faite et la plaie livrée à la suppuration. L'un survécut environ quatre jours, et l'autre plus d'une semaine. Nous espérions surtout sauver ce dernier, et il était devenu pour nous l'objet de toutes nos sollicitudes, lorsque nous eûmes la douleur de le voir succomber. Nous fîmes l'ouverture de son corps, et nous trouvâmes encore cette fois-ci ce que nous avions rencontré chez le premier, c'est à dire une collection purulente récemment formée dans le tissu cellulaire que renferme le médiastin antérieur. Le pus commençait à paraître immédiatement au dessous de la petite ouverture faite au larynx et fusait au devant du cou et derrière le sternum, jusque sur le cœur (1).

4°. Quoiqu'en pratiquant la laryngotomie l'hémorrhagie soit plus rare qu'en ouvrant la trachée, cet accident peut néanmoins arriver. Si la ligature ou la compression ne pouvait suffire, et que, le sang

---

(1) L'opération avait été pratiquée par M. Bertrand, alors chirurgien interne à l'hôpital Saint-Éloi. Il a vu le fait comme nous, et n'en a pas été moins surpris. Le témoignage d'un homme instruit et consciencieux est toujours bon à invoquer.

coulant dans le conduit aérien, menaçât de près la vie du malade, il faudrait faire ce que fit Virgili dans un cas analogue, fendre largement la trachée pour frayer une issue au sang. A l'instant même, le malade respira avec plus de facilité, et le pouls, qu'on ne sentait presque point, commença à paraître. Virgili fit situer le blessé la tête penchée hors du lit, la face vers la terre : l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même en très peu de temps. Dès le lendemain, la fièvre avait diminué, et la déglutition était facile. Il ne fut plus question alors que de favoriser la réunion de la plaie, qui fut bientôt guérie.

5°. Ne nous laissons pas séduire par la simplicité apparente de la laryngotomie : l'opération, considérée en elle-même, est peu de chose ; mais les conséquences en sont excessivement graves. Sur six exemples que nous en avons recueillis, un seul malade a survécu, et ce malade est celui sur lequel le professeur Lallemand ouvrit le larynx à l'occasion d'une syncope survenue tandis qu'on pratiquait la résection de la mâchoire. Il en sera question à l'article *Résection*.

Comment, dans ce dernier cas, les suites de l'opération ont-elles été si simples, alors qu'ordinairement elles entraînent la mort du sujet? Est-ce parce que, lorsque la respiration a été rétablie, on s'est empressé de réunir la plaie? Évitons toute espèce d'exagération, et n'accordons pas à la réunion immédiate ce qui est l'effet de toute autre cause. Si la laryngotomie a réussi, c'est que la respiration

venait de cesser à l'instant même où l'opération a été faite, et que les organes pulmonaires n'avaient pas eu le temps de s'engorger.

La laryngotomie, a dit Louis, n'est point un moyen extrême auquel il ne faille avoir recours que quand l'oblitération des voies aériennes étant complète, il ne reste plus d'autre ressource ; c'est un moyen salutaire de prévenir l'engorgement des poumons, inévitable résultat d'une respiration trop long-temps gênée et toujours à redouter. *Voilà le nœud du problème.*

ARTICLE IV.

PLAIES DE LA POITRINE.

Au milieu des progrès que l'étude des maladies des organes pulmonaires a faits dans ces derniers temps, celle des plaies pénétrantes de la poitrine a dû nécessairement s'en ressentir ; car, nous l'avons déjà dit, il existe de grands points de contact entre les maladies internes et les lésions traumatiques.

1°. Autrefois, dans la vue de donner issue au sang à mesure qu'il s'épanchait, on maintenait les plaies dilatées par des tentes de charpie, et aux dangers de la blessure on ajoutait ainsi ceux causés par le mode de pansement. Quoi de plus propre, en effet, à provoquer l'hémorrhagie ! quoi de plus apte à fomenter l'inflammation du poumon ou de la plèvre ! Tout le monde est d'accord sur ce point.

2°. Que dire de la succion et de l'application des ventouses ? L'un et l'autre de ces moyens n'ont pu

être employés qu'à une époque où l'on avait les idées les plus fausses sur la valeur des moyens hémostatiques; on serait à peine excusable, de nos jours, si l'on en faisait encore usage.

3°. Nous n'en sommes plus au temps où, conduits par une fâcheuse curiosité, les chirurgiens cherchaient d'abord à s'assurer si la plaie était pénétrante : Le Cat et Marriguer ont démontré tous les dangers attachés à ce mode ridicule d'investigation. Qu'importe qu'une solution de continuité pénètre ou non dans l'intérieur du thorax ? La pénétration de la plaie n'entraîne pas la nécessité d'une lésion intérieure, et par conséquent elle n'est nullement intéressante à constater, lorsque, d'ailleurs, rien n'annonce l'une des conséquences graves que ces plaies peuvent causer.

4°. Enfin, quelle idée se former de la réunion immédiate dans ces sortes de blessures? Écoutons le baron Larrey, qui est un de ceux des chirurgiens français qui s'en sont occupés avc le plus d'avantage.

« Le grand nombre de malades que j'avais vus périr d'hémorrhagie à la suite des plaies pénétrantes de la poitrine me porta; dans un cas de cette nature survenu à un militaire que je reçus moi-même peu d'instans après le coup dans la ferme d'Ibrahim-Bey en Égypte, à tenter un moyen que l'état désespéré du blessé me suggéra. (Ce moyen est la réunion immédiate de la plaie.)

» Dans l'application de ce procédé, continue l'auteur, je n'eus en vue que d'ôter au blessé et à ses

camarades l'aspect affligeant d'une hémorrhagie qui allait faire couler la vie avec le sang de cet infortuné. *Mais à peine la plaie fut-elle fermée, que le blessé respira plus librement et se sentit soulagé.*

» Bientôt la chaleur se rétablit et le pouls se développa; en quelques heures, le calme fut complet, et, à ma grande surprise, le malade alla de mieux en mieux. Sa guérison eut lieu en très peu de jours et sans aucun obstacle.

» Deux cas absolument semblables, ajoute le même, se sont présentés à l'hôpital de la garde des consuls (1). »

Tel est le langage que tenait le baron Larrey à son retour d'Égypte, tels sont les faits sur lesquels reposait alors son opinion. Mais depuis ce moment les cas de cette espèce se sont tellement multipliés, qu'il ne serait plus permis aujourd'hui d'avoir une autre manière de voir. La plupart des chirurgiens anglais suivent cette méthode et en font les plus grands éloges; plusieurs des chirurgiens français l'ont adoptée, et n'ont eu jusqu'à présent qu'à en dire du bien. Long-temps, nous avons vécu dans un hôpital où l'on n'agit jamais autrement, et nous n'en avons vu résulter que de bons effets.

5°. L'idée de la réunion dans les plaies pénétrantes du thorax n'est pas plus nouvelle que son application : Ambroise Paré cite un exemple de guérison obtenue par ce moyen à l'époque où Vigo écrivait son *Traité des plaies de poitrine.* Qui ne

(1) *Relation de l'armée d'Orient,* page 290.

sait que Valentin, publiant en 1772 ses *Recherches critiques sur la chirurgie*, professait les mêmes principes, et contribua même sous ce rapport à opérer une réforme salutaire en chirurgie? Voici comment s'exprimait alors ce judicieux écrivain :

« Si l'épanchement est peu considérable, il peut être résorbé, et la nature peut s'en débarrasser par différentes voies; si, au contraire, il y a des gros vaisseaux ouverts et beaucoup de sang épanché, il est également avantageux de réunir la plaie dans le même instant. On doit laisser séjourner dans la poitrine la totalité du sang épanché pendant quelques heures, et jusqu'à ce qu'il soit survenu des accidens qui exigent qu'on en procure l'évacuation. *Le sang par sa présence ralentit l'hémorrhagie et contribue par son séjour à la formation du caillot* (1). »

L'exemple du paysan d'Albrecht est le fait le plus démonstratif que l'on puisse citer : cet homme, blessé d'un coup de couteau à la poitrine avec lésion du poumon, voyant qu'il perdait tout son sang par la plaie, s'avisa de se coucher sur le côté de sa blessure. Cette position suffit pour arrêter l'hémorrhagie, et le malade fut guéri le quatorzième jour (2).

Nous connaissons tous les dangers qui peuvent

---

(1) *Recherches critiques sur la chirurgie*, pages 58 et 59.

(2) *Act. ph. med. germ.*, vol. V, obs. 141.

résulter de la présence du sang dans l'intérieur des plèvres ou du poumon, et si nous conseillons de courir cette chance, c'est que nous voyons des inconvéniens bien plus grands encore dans l'emploi des autres moyens. En proposant de laisser séjourner le sang dans la poitrine, nous n'entendons pas dire qu'il doive y rester toujours; le caillot est un moyen hémostatique dont il faut se servir comme de tout autre, sauf à le supprimer plus tard, selon le besoin. Mais avant que d'en venir là, il faut que le pouls se relève et que la chaleur ait reparu : car si le sang coulait encore, son évacuation serait presque infailliblement suivie de la mort.

En voilà probablement assez pour ceux devant lesquels les faits sont tout; mais en médecine, comme dans toutes les sciences, il en est qui veulent quelque chose de plus, et désirent pouvoir donner la raison de leur conduite. Tâchons donc de faire concevoir comment la méthode adhésive peut devenir avantageuse à la suite des solutions de continuité de la poitrine.

« 6°. Lorsqu'on ferme la plaie par la réunion exacte de ses bords (c'est encore M. Larrey qui parle), l'air introduit dans le système pulmonaire, ne trouvant plus d'issue, remplit exactement tous les vaisseaux bronchiques, facilite le retour du sang vers le cœur, fait rapprocher les portions divisées des poumons, qui contractent bientôt des adhérences, bouche l'orifice des vaisseaux, et rend né-

cessairement plus prompte la formation du caillot, seul moyen d'arrêter l'hémorrhagie (1). »

A ces conditions, il faut en joindre une autre, qui joue un très grand rôle dans cette opération: ce sont les adhérences que la plèvre costale peut avoir contractées avec la plèvre pulmonaire. Ces dispositions pathologiques, que l'on rencontre si communément, peuvent en effet être très favorables dans le cas d'hémorrhagie, et opposer à l'épanchement une digue insurmontable. C'est ce que le professeur Roux s'est attaché à démontrer dans un mémoire fort intéressant (2).

Toutefois, il nous semble que cet écrivain n'a pas assez apprécié dans ce travail les avantages de la réunion immédiate dans les cas où les adhérences pleurales n'existent pas; car le rapprochement des lèvres de la plaie ne permet pas au sang de s'épancher avec autant de facilité qu'on pourrait le supposer, à moins que le vaisseau qui le fournit ne soit très volumineux, ou que l'air n'ait déjà beaucoup distendu la cavité de la plèvre.

Abstraction faite de la force expansive propre aux poumons, il faudrait que le sang fût versé avec une force au moins égale à la pesanteur de la colonne d'air qui agit sur la surface intérieure des bronches. Or, si l'on diminue la vélocité de la circulation et l'effort latéral du sang en diminuant la

(1) Ouvrage cité, page 295.

(2) *Mélanges de chirurgie*, page 78.

masse de ce dernier et en affaiblissant les contractions du cœur, on rend d'une manière indirecte la résistance d'autant plus efficace.

7°. Quoique l'on connaisse depuis long-temps l'importance des émissions sanguines dans le traitement des plaies pénétrantes de la poitrine, nous ne craignons pas d'aller trop loin en avançant qu'on n'insiste pas en général assez sur leur emploi; peut-être même n'est-ce pas tant la quantité de sang qui s'écoule, que la syncope, que l'on devrait chercher à provoquer, témoin le fait que nous allons exposer.

Vingt-cinquième observation.

Plaie pénétrante à la poitrine, avec crachement de sang et symptômes graves. — Réunion de la plaie. — Saignée large et copieuse. — Syncope prompte et répétée. — Suspension de l'hémorrhagie. — Guérison rapide.

Un sergent du régiment du Génie, en garnison à Montpellier, ayant reçu un coup d'épée au dessous du téton droit, fut apporté à l'hôpital Saint-Eloi dans l'état le plus alarmant. Déjà il avait rendu par la bouche une grande quantité de sang; la face était pâle et violacée, la respiration pénible et haletante, l'anxiété extrême, les membres froids, le pouls trémulent. La plaie, présentant à peine huit lignes d'étendue, avait été réunie par le chirurgien du régiment, qui avait aussi pratiqué une saignée au bras.

A l'instant où nous vîmes le malade, son état nous parut si grave que nous fîmes appeler le pro-

fesseur Lallemand, alors de service à l'hôpital. Il fut convenu que dès que la chaleur serait un peu rétablie, nous pratiquerions une nouvelle saignée. Ce moment ne tarda pas à arriver, et afin de retirer de l'émission sanguine tout le parti possible, nous fîmes une large ouverture à la veine et laissâmes couler abondamment le sang.

Vingt onces environ de ce liquide étaient à peine sorties, que le blessé, que nous avions eu le soin de faire asseoir sur son lit, tomba en défaillance. Loin de nous hâter de la faire cesser, nous considérâmes cet événement comme avantageux et voulûmes en profiter. Nous laissâmes donc la syncope se prolonger quelques minutes, et alors seulement nous jetâmes un peu d'eau sur la figure du malade. Aussitôt il pousse un profond soupir, et la circulation paraît se rétablir. Quelques minutes après, nouvelle syncope, même moyen, même résultat. Enfin, une troisième paraît et nous nous conduisons encore de la même manière. Cette fois le blessé est rappelé à la vie, et en le quittant nous recommandons à l'infirmier de veille de venir nous appeler s'il survenait quelque accident.

Dès que le jour parut, nous n'eûmes rien de plus empressé que de nous rendre auprès du malade : nous apprîmes avec la plus douce satisfaction que la nuit avait été tranquille, et qu'il avait même un peu reposé ; déjà la respiration était assez libre.

A la visite du matin, M. Lallemand ne fut pas moins agréablement surpris que nous, et reconnut, en percutant la poitrine, qu'il existait un petit

épanchement au dessous de la blessure. On appliqua douze sangsues sur ce point, le blessé fut mis à la diète; on lui recommanda le repos et le silence. Dix jours après, il était entièrement guéri.

Réflexions. Ce fait n'est pas le seul que nous ayons observé; nous devons même dire ici, pour répondre à un écrivain qui avait cru pouvoir mettre en doute l'efficacité de la méthode adhésive dans les épanchemens qui succèdent à des plaies dont l'étroitesse n'aurait pas permis au sang d'arriver au dehors, que presque toutes les observations que nous avons entre les mains concernent des blessures faites par des armes à lame étroite. M. Larrey et les chirurgiens militaires pourraient répondre pour nous, relativement à celles faites par le sabre et le bancal.

Au demeurant, l'auteur lui-même a reconnu son erreur dans l'un de ses écrits ultérieurs, aussi n'insisterons-nous pas davantage. Cette rétractation volontaire de sa part nous rappelle la réponse de l'un de nos maîtres que nous accusions un jour de changer souvent d'opinion : *Quand la science marche*, nous dit-il, *il faut bien la suivre.*

8°. En préconisant la réunion immédiate, nous ne prétendons pas insinuer que l'on puisse, par ce moyen, sauver tous les blessés atteints de plaies pénétrantes à la poitrine; mais nous tenons à ce que l'on sache que ce mode de pansement l'emporte de beaucoup sur tous les autres. Personne ne lui contesterait cet avantage si l'on savait en seconder l'emploi par d'autres moyens. Déjà, de son

temps, Valentin disait que cette pratique aurait été suivie de meilleurs succès si, pour faciliter ensuite la sortie du sang, on n'avait pas eu recours aux tentes, aux injections, etc.

Quoique les saignées ne conviennent guère dès le premier moment de la blessure, il est des cas où la gêne de la respiration et l'ébranlement des viscères thoraciques obligent à ouvrir la veine; le refoulement du sang vers la tête est tel, que si l'on ne se hâte de le faire couler, le blessé peut mourir d'apoplexie d'un instant à l'autre. Cette exception, que nous lisons dans l'ouvrage de M. Léveillé, s'accorde entièrement avec les remarques que nous avons pu faire nous-même chez une personne dont la mort inopinée laissera chez nous de profonds souvenirs.

9°. La position que l'on donne au malade est aussi pour quelque chose dans le succès de la réunion. Ainsi, M. Léveillé conseille de le faire coucher sur le côté correspondant à la plaie, afin d'empêcher le jeu de la poitrine de ce même côté, et de favoriser par là la formation du caillot. On conçoit, en effet, que cette attitude peut être avantageuse; mais tous les blessés pourront-ils la supporter également?

Qu'on ne s'y trompe pas : tout ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux épanchemens produits par la lésion du poumon ou des vaisseaux renfermés dans la poitrine; quant à ceux provenant de l'ouverture de l'artère intercostale, n'ayant jamais eu occasion d'en observer, nous nous abs-

tiendrons d'en parler. On connaît peut-être moins d'exemples bien avérés de la lésion de ces artères, disait Louis, que de moyens imaginés pour arrêter l'hémorrhagie qui pourrait en provenir.

10°. Enfin, rappelons ce qu'on pourrait nous objecter, que quelques praticiens, loin de conseiller la réunion dans les plaies pénétrantes de la poitrine, ont proposé d'agrandir la solution de continuité, dans la vue d'affaisser le poumon par l'introduction de l'air dans la cavité des plèvres. Le jeu de la poitrine, disaient-ils, n'entraînant plus l'organe immédiat de la respiration, celui-ci reste dans le repos le plus parfait, condition bien plus favorable à la formation d'un caillot que celle du mouvement perpétuel auquel ce viscère est soumis.

Sans parler des dangers qui pourraient résulter de l'introduction de l'air dans la cavité des plèvres, ce procédé pourrait être avantageux s'il ne fallait renoncer, en l'employant, à la compression que le caillot ou le sang extravasé peut exercer sur le vaisseau ou sur son ouverture. En outre, les auteurs qui, par des expériences sur les animaux vivans, ont cherché à apprécier ce mode opératoire, ont constaté que le poumon ne s'affaissait pas aussi facilement qu'il le faudrait pour le succès de ce procédé; et, d'ailleurs, qui voudrait, en élargissant une plaie de poitrine déjà compliquée d'hémorrhagie, s'exposer à voir périr le blessé sous sa main? Aucun fait observé chez l'homme n'atteste jusqu'à présent l'efficacité de cette méthode; un grand

nombre milite en faveur de celle que nous proposons.

11°. Ceci nous conduit à dire un mot de l'opération de l'empyème : assurément nous sommes loin d'en vouloir proscrire l'usage; mais nous désirerions que l'on s'appliquât davantage à l'avenir à préciser le moment où il importe de la faire, et le lieu sur lequel il convient de pratiquer l'incision. *Dans l'état de la science, toutes les règles données jusqu'à ce jour sont nulles; le stéthoscope seul peut servir de guide.*

Graces soient donc rendues à ce professeur savant et laborieux qui, après avoir consacré une grande partie de sa vie à des recherches d'anatomie pathologique, a porté le flambeau du diagnostic dans l'étude des maladies de poitrine.

Comment concevoir qu'après les beaux travaux qu'il nous a laissés on ait pu, dans des ouvrages encore tout récens, s'amuser (car c'est là le terme) à discuter touchant l'espace intercostal qu'il convient le mieux d'ouvrir pour évacuer complétement le pus? L'auteur du *Traité de l'auscultation médiate* avait déjà tant fait pour cette partie de la science, qu'il est bien excusable de ne pas avoir tout vu et tout indiqué ; mais il appartenait à ceux qui viendraient après lui de compléter cette étude.

A cet égard, et surtout à propos de l'*empyème*, le professeur Delpech a rempli dignement sa tâche. Nous ne connaissons rien de mieux sur la nature et le traitement de cette maladie, que les mémoires

qu'il a récemment publiés (1). Les faits précieux qu'ils renferment apprendront à ceux qui voudront se donner la peine de les consulter, si, comme on a voulu le dire, l'on néglige à l'École de Montpellier l'étude de l'anatomie pathologique. Revenons aux plaies de poitrine.

12°. Après même la guérison de ces sortes de solutions de continuité, ce n'est qu'avec beaucoup de circonspection que l'on doit renoncer au traitement antiphlogistique; l'usage des alimens trop nourrissans, les exercices violens sont tout autant de causes capables de renouveler l'hémorrhagie, et conséquemment l'épanchement. Vésale a été témoin d'un accident semblable, et les recueils d'observations en contiennent plusieurs du même genre. Tous ces écarts sont d'autant plus utiles à éviter, que le séjour du sang dans l'intérieur du thorax peut donner lieu à une inflammation des organes pulmonaires, et que tel individu qui a survécu à un épanchement peut succomber à une pleurésie ou à une péripneumonie latente.

13°. Dans les blessures profondes de la poitrine faites par les armes à feu, dit le professeur Delpech, la réunion immédiate est impraticable; mais l'hémorrhagie est rare dans ce cas, à moins que de très gros vaisseaux ne soient ouverts, et lors de la chute des escarres, l'engorgement et l'inflammation peuvent avoir oblitéré les vaisseaux intéressés.

---

(1) *Journal du professeur Delpech ; Mémorial des hôpitaux du Midi*, année 1829, juin, juillet, septembre et octobre.

Aussi n'est-il pas rare de voir guérir des coups de feu qui avaient traversé d'outre en outre la poitrine dans diverses directions (1).

ARTICLE V.

PLAIES DE L'ABDOMEN.

Quoiqu'il semble qu'il existe la plus grande analogie entre les plaies pénétrantes de la poitrine et celles du bas-ventre, il faudrait bien se garder de vouloir les traiter de la même manière : dans les premières, le sang et l'air sont les seuls corps qui puissent fournir la matière des épanchemens; dans les secondes, les alimens, les fèces, l'urine, la bile peuvent aussi y donner lieu. Chez les unes, les parois de la cavité dans lesquelles se fait la collection, formées en grande partie d'organes osseux et cartilagineux, sont susceptibles d'opposer une certaine résistance à l'effusion des liquides; chez les autres, l'enceinte splanchnique, toute composée de parties molles, cède facilement à l'effort expansif des humeurs extravasées. Chez celles-ci, les viscères ne se déplacent qu'avec peine; chez celles-là, ils tendent constamment à se porter en dehors. Enfin, la plèvre, quoique très apte à s'enflammer, se prête à l'adhésion mutuelle de ses feuillets et suspend souvent par ce moyen la marche de la phlogose. Au contraire, la péritonite se propage avec rapidité et envahit dans un instant toute la membrane. Rien de plus commun que les adhérences pleura-

(1) *Malad. réput. chir.*, tome I, page 365.

les; rien de plus rare, au moins relativement, que celles du péritoine : de là, une grande différence dans le mode de traitement.

Si la réunion est indispensable dans les plaies pénétrantes de la poitrine, dit Scarpa, il en est tout différemment dans celles du bas-ventre : or, voici les termes auxquels nous croyons pouvoir ramener la question :

1°. La plaie peut être pénétrante et simple;

2°. Pénétrante avec issue de l'épiploon, de l'estomac ou des intestins;

3°. Avec lésion de l'un de ces viscères;

4°. Avec hémorrhagie apparente ou cachée.

Examinons successivement chacun de ces cas.

A. Puisque toute plaie simple réclame la réunion, à plus forte raison faudra-t-il recourir à ce moyen dans le traitement de celles qui intéressent le bas-ventre : car, quelque peu d'étendue qu'elles présentent, la cicatrisation ne saurait se faire sans l'intervention de la phlogose, si l'on n'a soin d'en rapprocher les bords.

Quant aux moyens propres à en favoriser l'adhésion, la position, les bandelettes et le bandage pourront suffire, à moins que la plaie n'ait une très grande étendue.

B. Lors, au contraire, qu'il s'agit d'une solution de continuité avec issue de l'un des viscères, il est rare qu'il ne faille pas avoir recours à d'autres moyens : ici, il faut et rapprocher les lèvres de la plaie, et lutter contre la tendance qu'ont les intestins ou l'épiploon à se porter au dehors. Ces plaies

exigent donc un degré de plus de solidité dans l'appareil. L'expérience a appris que si la solution de continuité est un peu considérable, la suture est le seul moyen vraiment efficace. Laissons parler cette fois-ci le professeur Roux.

C'est surtout contre la suture dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, dit ce chirurgien, que Pibrac a dirigé ses plus forts argumens. Mais jusqu'où n'a-t-il pas porté la prévention ? Il eût rendu à l'art un service plus signalé, si, s'élevant avec modération contre l'usage dans lequel on était autrefois de coudre presque toutes les plaies du bas-ventre, il eût reconnu l'insuffisance des autres moyens de réunion pour quelques unes de ces plaies. *Qu'on ne s'en laisse pas imposer par les faits qu'il rapporte; ces faits paraissent concluans au premier abord, mais ils ne sont que spécieux : ils ont été choisis pour appuyer une doctrine nouvelle, une manière de voir exclusive*, et ne déposent pas absolument contre la nécessité de la suture dans quelques plaies pénétrantes de l'abdomen. Si des solutions de continuité très étendues ont guéri parfaitement sans qu'on ait eu recours à la suture, c'est qu'il n'y avait pas tendance de l'épiploon ou de l'intestin à s'échapper entre leurs bords. Si, d'autres fois, la suture ayant été employée, il est survenu des accidens qui ont obligé d'y renoncer, et après la cessation desquels les plaies ont guéri sans la réitération de ce même moyen, que faut-il en conclure? Rien autre chose, sinon que pour ces cas particuliers la suture était inutile. Au reste, les ac-

cidens dont il est parlé dans plusieurs des observations rapportées par Pibrac, et *dans les détails desquelles je soupçonne un peu d'exagération*, étaient sans doute moins dus à la suture qu'à la mauvaise application, et peut-être à l'omission de faire concourir avec elle l'un des autres moyens de réunion (1).

Ainsi donc, voilà encore de nouveaux griefs élevés contre la mémoire de Pibrac : si chacun osait dire ce qu'il en pense, on serait surpris du grand nombre de chirurgiens qui partagent cette opinion ; mais on craint de se prononcer contre les idées reçues, on garde le silence et on laisse acquérir la sanction du temps à des erreurs que l'on est ensuite tout étonné de voir grandir et prospérer.

1°. Parmi les diverses espèces de suture que l'on a proposées contre les plaies pénétrantes du bas-ventre, il n'y a guère que celle dite *entrecoupée*, et la suture *enchevillée* ou *emplumée* qui méritent d'être mentionnées. D'après quelques recherches faites par le professeur Boyer, cette dernière semblerait présenter quelques avantages sur l'autre : pour nous, nous n'avons jamais vu employer dans ce cas que la suture entrecoupée, et tout ce que nous pouvons en dire, c'est que l'on s'en est généralement bien trouvé. Au surplus, quelle que soit celle des deux à laquelle on donne la préférence, on devra toujours respecter le péritoine, et n'exercer que le moins de tiraillement possible sur les

(1) Roux, *Médecine opératoire*, 2e. partie, page 384.

bords de la solution de continuité. Secondons aussi l'action de la suture par la position et le bandage. Tous ces moyens se prêtent un mutuel appui.

2°. Quelque importance que nous attachions à la réunion immédiate, nous ne conseillerons jamais d'en faire un usage trop exclusif : et par exemple, si la plaie est déjà ancienne, et que l'inflammation ait produit des adhérences assez solides entre les parties déplacées et le contour de l'ouverture, il est prudent de ne pas y toucher. En effet, l'adhérence termine l'inflammation, et il n'y a plus rien à craindre de la part de cette dernière, quand elle a déjà produit ce résultat. L'observation a prouvé qu'une portion même très considérable d'intestin grêle, engagée de la sorte dans une ouverture accidentelle et placée hors du ventre, peut exercer ses fonctions sans inconvénient, et qu'une cicatrice dont les viscères eux-mêmes forment la base ne tarde point à les recouvrir. L'observation a pareillement appris que quand l'épiploon est du nombre des parties sorties, il s'engorge, se boursoufle, se flétrit, tombe en mortification et laisse un bouchon, qui se confond avec la cicatrice extérieure et en augmente ainsi la solidité.

C. Faute d'avoir convenablement apprécié les rapports constans qui existent entre les parois du bas-ventre et les organes qu'elles renferment, on s'est fait pendant long-temps de fausses idées sur les dangers qui résultent de ces sortes de blessures. Les uns se sont persuadés qu'il suffisait que la cavité abdominale fût ouverte pour que l'air pénétrât

dans son intérieur et donnât lieu à des inflammations mortelles ; les autres ont cru que dès que l'estomac ou l'un des intestins avait été lésé, il devait s'ensuivre un épanchement dans le péritoine. Presque tous, craignant le déplacement secondaire des viscères, ont proposé de passer une anse de fil à travers le mésentère. Nous pensons que ces craintes sont les unes puériles, et les autres exagérées ; nous en avons la preuve dans l'observation suivante, recueillie par Littre en 1705.

Vingt-sixième observation.

Dix-huit coups de couteau, dont huit pénétrant dans le bas-ventre ; guérison par les efforts de la nature.— Quelque temps après, mort. — Autopsie. — Adhérences entre les circonvolutions intestinales.

Un aliéné se donna dans le ventre dix-huit coups de couteau, dont huit pénétrèrent dans cette cavité. La fièvre, la douleur, la tuméfaction, la difficulté de respirer, des selles et des vomissemens copieux annoncèrent le danger de ces lésions, et l'issue d'une grande quantité de sang par la bouche et l'anus ne permit pas de douter que diverses parties du tube intestinal n'eussent été atteintes par l'instrument vulnérant. Cependant le malade guérit au bout de deux mois.

Quelque temps après, dans un accès de manie, il se précipita d'une fenêtre et se tua ; à l'ouverture du corps, on reconnut ce qui suit :

1°. Que le foie avait été intéressé dans son lobe gauche, et qu'il avait, dans ce même lieu, contracté

une adhérence solide avec la face interne du péritoine.

2°. On trouva que le jéjunum avait été divisé en travers, dans l'étendue d'un demi-pouce à peu de distance de l'estomac et qu'il adhérait à une circonvolution intestinale voisine. Des deux organes confondus, l'un présentait une cicatrice, l'autre était parfaitement sain.

3°. Enfin on découvrit que le colon droit avait été aussi ouvert dans l'étendue d'un demi-pouce, et que la cicatrice qui s'y était formée était unie à la face interne des parois du bas-ventre par dix-huit ou vingt brides celluleuses.

Réflexions. Cette observation, dit John Bell, achève de démontrer que les viscères abdominaux éprouvent une pression tellement constante et uniforme, qu'il n'en est aucun, à quelque profondeur qu'il soit situé, qui ne puisse être ouvert sans qu'il y ait épanchement de sang ou de matières fécales.

Malgré l'importance de ces remarques, nous croyons encore devoir proscrire ici l'emploi de la méthode adhésive : autant elle est avantageuse dans les plaies simples, autant elle pourrait devenir nuisible dans cette circonstance. Nous tiendrions aussi à ce que l'on se dispensât de passer des anses de fil à travers le mésentère ; outre que cette précaution est inutile, elle peut ajouter un motif de plus au développement de l'inflammation ; et comme, dans ces sortes de plaies, tout concourt à la mise en jeu de cet accident, on ne saurait trop se prémunir contre les causes propres à en hâter l'explosion.

Dans le traitement des plaies du bas-ventre comme dans celles de la poitrine, il ne faut jamais craindre de trop tirer du sang : loin de s'en laisser imposer par une faiblesse apparente, il convient d'imiter la conduite de Petit le fils, qui, appelé auprès d'un malade chez lequel le pouls était à peine sensible, eut le courage de faire pratiquer quatre saignées dans le courant de la journée. Enhardi par ce premier succès, Petit fit faire onze nouvelles saignées durant les cinq à six jours suivans, et tout porte à penser que le malade eût été sauvé si Petit eût eu alors les connaissances qu'il acquit plus tard sur les épanchemens du bas-ventre. Disons-le hautement (car l'intérêt de l'humanité le réclame), on verrait, dans la pratique civile, bien moins de blessés succomber aux plaies pénétrantes de la poitrine ou de l'abdomen, si l'on insistait davantage sur les moyens antiphlogistiques ; mais on craint de les trop affaiblir, on redoute surtout d'encourir le blâme des personnes qui les entourent, et l'on sacrifie le salut des malades à sa propre réputation.

Les émissions sanguines peuvent être d'autant plus utiles, qu'alors même que la péritonite se termine par suppuration, la chirurgie peut encore venir au secours de la nature. « Quelques praticiens, disait en 1816 le professeur Delpech, croient » que ces épanchemens ne sont pas au dessus des » ressources de l'art, et que l'on pourrait entre- » prendre leur évacuation, nous sommes loin de

» partager une pareille opinion; mais en pareille
» matière rien ne doit être préjugé (1). »

Que l'on demande maintenant à l'auteur du *Précis des maladies réputées chirurgicales* ce qu'il pense à cet égard, et il sera forcé de dire tout le contraire. Depuis lors, il a vu lui-même plusieurs malades chez lesquels il a été assez heureux pour parvenir, à l'aide de ponctions répétées, à évacuer le pus épanché et à obtenir ainsi l'oblitération complète des foyers. Il est donc vrai que la chirurgie a fait des progrès.

Il en est des plaies du tube intestinal, par rapport à la suture, comme des plaies avec issue des intestins à l'égard des anses de fil passées à travers le mésentère. Quand on connaît les beaux travaux du professeur de Pavie, et que l'on se retrace l'immensité des ressources que la nature déploie dans ces circonstances, il y aurait presque de la témérité à s'immiscer dans ses opérations. Passez tout au plus deux anses de fil, non à travers les feuillets mésentériques, mais à travers les deux bouts de l'intestin, comme l'a conseillé John Bell, et cherchez par tous les moyens possibles à prévenir l'inflammation; la nature fera le reste : *Medicus naturæ minister et interpres, si naturæ non obtemperat, naturæ non ministrat.*

Voici nos raisons : outre qu'il n'est pas toujours possible de bien distinguer le bout supérieur de

(1) *Malad. réput. chir.*, tome I, page 421.

l'intestin du bout inférieur, la manœuvre opératoire seule exige des recherches minutieuses et prolongées qui ne peuvent que favoriser le développement de la péritonite : difficilement nous nous déciderions à conseiller d'embrasser, dans l'anse d'une suture, une membrane aussi sensible que le péritoine ; d'ailleurs, le peu d'épaisseur des parois du tube intestinal, la flaccidité naturelle qu'elles présentent, les mouvemens continuels qui l'agitent, seront toujours un grand obstacle à la réunion (1).

En signalant tous ces inconvéniens, nous ne nions pas que la suture n'ait été plusieurs fois employée avec succès (2); mais quand on y a regardé avec attention, on a pu s'assurer que là où l'on avait cru

---

(1) C'est peu d'avoir prouvé que l'opération de Rhamdor est impraticable lorsque l'intestin a été complétement divisé, je vais encore plus loin, et ne crains pas d'affirmer que dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec lésion de l'intestin, soit que ce canal ait été ouvert en long ou en travers, la suture est toujours une opération non seulement inutile, mais encore dangereuse et mortelle. En effet, de quelque manière qu'on la pratique, on ne peut diminuer les graves inconvéniens qui doivent résulter des piqûres, quoique peu nombreuses, et des passages des fils à travers les tuniques de l'intestin, organe doué d'une sensibilité exquise, dont l'enveloppe extérieure est très disposée à s'enflammer et à communiquer promptement l'inflammation à tous les autres viscères abdominaux. (Scarpa, *Traité des hernies*, page 304, trad. par Cayol.)

(2) *Transactions philosophiques*, année 1758 ; *ancien Journal de médecine*, tomes XXVI, XXVIII et LX. Lombard, *Chirurgie des plaies récentes*, sect. IX. (Dupuytren, Lisfranc, Richerand, Boyer, Roux.)

obtenir la réunion immédiate, souvent l'oblitération n'avait eu lieu qu'à la faveur des adhérences contractées entre l'organe blessé et les parties environnantes. Jusqu'à ces derniers temps, on n'avait pas non plus remarqué qu'en faisant la suture des intestins on mettait presque toujours en contact une séreuse avec une muqueuse : eh bien! les expériences de M. Richerand tendent à prouver que l'une de ces membranes fournissant une sécrétion folliculaire, et l'autre une exsudation plastique, la réunion ne peut pas se faire (1).

De nouveaux essais sur la manière de provoquer l'adhésion des plaies des intestins ont été faits, et M. Jobert s'est attaché à démontrer que, si l'on avait le soin d'adapter les deux lèvres de la solution de continuité, de façon à mettre partout le péritoine en contact avec lui-même, la réunion primitive devenait facile.

Un grand nombre d'expériences ont été tentées sur les animaux en présence de plusieurs membres de l'Académie, et l'on a toujours reconnu l'exactitude du procédé en question; mais à toutes ces recherches manquait le sceau de l'observation, prise chez l'homme, l'occasion s'est enfin présentée.

---

(1) Nous notons le fait, mais nous ne pouvons le garantir.

Vingt-septième observation.

Hernie inguinale étranglée. — Lésion de l'anse intestinale pendant l'opération, application de la suture d'après le procédé de M. Jobert. — Guérison.

Le nommé Lejeune (Nicolas), entré à l'hôpital Saint-Louis le 13 juillet et sorti le 12 août, âgé de quarante et un ans, d'une taille moyenne, d'une constitution grêle, portait une hernie congénitale, qui éveilla son attention pour la première fois à l'âge de dix ans, et le força de porter un bandage. Depuis cette époque, elle s'étrangla à plusieurs reprises et présenta toujours beaucoup de difficulté pour la réduction : le 13 juillet 1826, sans cause appréciable, elle s'étrangla de nouveau vers neuf heures du matin. Lejeune, ayant fait de vains efforts pour la réduire, envoya chercher un chirurgien, qui tenta aussi la réduction sans succès. Enfin, on le porta à l'hôpital Saint-Louis cinq heures après; il était dans l'état suivant :

Une tumeur inguinale gauche, plus volumineuse que le poing, s'étendait jusqu'au fond des bourses, et avait distendu et envahi une grande partie de la verge : elle était fluctuante et ballonnée; il y avait des nausées et même des vomissemens. Le pouls était petit et fréquent, la soif ardente, la respiration rapide et entrecoupée, la sensibilité du ventre extrême, l'abattement général. (Bains, saignées locales, tentatives de taxis.) Le chirurgien de garde, M. Pailloux, ne pouvant réussir à la réduire, envoya chercher M. Cloquet, qui, étant arrivé cinq

heures après et s'étant assuré de l'irréductibilité de la tumeur, procéda de suite à l'opération.

La portion d'intestin comprise dans la hernie était très enflammée et énormément distendue. M. Cloquet, ayant essayé vainement de la réduire, porta le doigt vers l'anneau pour connaître quelle était la nature de l'étranglement, et ayant reconnu qu'il était formé par le collet du sac, y glissa son bistouri, tandis que deux aides déprimaient et détournaient la masse intestinale de la route de l'instrument. Cet obstacle détruit, il ne put encore réduire la hernie. Le bistouri fut de nouveau porté vers le même point, et ce nouvel obstacle étant levé, M. Jules Cloquet retirait son instrument, lorsqu'une anse d'intestin, échappée des mains de l'aide qui la contenait vint se présenter à sa rencontre et fut coupée dans l'étendue d'un pouce et demi.

Aussitôt il s'échappa des gaz et une grande quantité de matières liquides qui ne permirent pas de douter que l'intestin eût été ouvert. Il fut même facile de voir que les parois de cet organe avaient acquis presque le double de leur épaisseur ordinaire. Mais M. Cloquet, dont le sang-froid égale le talent, était prêt à parer aux accidens. Il pensa que la suture de l'intestin, telle que M. Jobert l'avait proposée, était le moyen le plus rationnel à employer, il la pratiqua sur-le-champ.

Il prit une aiguille ordinaire, l'enfonça d'abord dans une des lèvres de la plaie, à cinq lignes environ de la solution de continuité, et la fit sortir à

peu près à une ligne. Puis, ayant saisi l'autre lèvre de la même manière, il parvint facilement à renverser les bords et à mettre les séreuses en contact par la simple réunion des fils. Il maintint ainsi les deux bords de la plaie rapprochés par deux points de suture consolidés par un double nœud, et après s'être assuré qu'il ne s'échapperait rien, il coupa les fils tout près de l'intestin, qu'il réduisit dans la cavité abdominale.

Les lèvres de la plaie furent légèrement rapprochées : on pansa à plat avec un linge fenêtré enduit de cérat et un plumasseau de charpie fine. Le tout fut maintenu par un bandage en T. Le repos et la diète absolue furent ordonnés, ainsi que l'infusion de tilleul et les demi-lavemens.

Les coliques cessèrent complétement; le pouls resta petit, mais perdit sa fréquence. Un lavement de quatre onces de décoction de graine de lin procura, le soir même, une selle abondante. La nuit fut très calme, quoiqu'il y eût peu de sommeil.

Le lendemain, même état; le soir un peu de soif, de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau. (Saignée de trois palettes, qui procure un mieux-être; une nouvelle saignée ramène le calme parfait.)

Le troisième jour, le malade est fort bien; cependant il éprouve une espèce de gêne dans la région iliaque gauche, qui, le soir, devient sensible à la pression. (Vingt sangsues, lavement émollient, cataplasmes.)

Dès ce moment, la position du malade fut on ne peut plus satisfaisante : la plaie était, le quatrième jour, dans le meilleur état possible, couverte de bourgeons charnus et déjà cicatrisée vers son fond. Cependant le malade n'était point allé à la garde-robes depuis le second jour : une cuillerée d'huile de ricin dans du bouillon aux herbes amena, dans la nuit, trois ou quatre selles abondantes, sans douleur, sans le moindre changement du côté de la plaie. Depuis cette époque, les évacuations sont devenues régulières, le malade a marché promptement vers la guérison; il est sorti de l'hôpital dans l'état de santé le plus parfait (1).

Réflexions. On ne peut que reconnaître, dans le procédé de M. Jobert, une modification importante imprimée au traitement des plaies du tube alimentaire, et capable peut-être de ramener quelques esprits vers la suture. Mais nous avons été témoin, à l'Hôtel-Dieu de Paris, d'un fait analogue à celui fourni par M. Jules Cloquet, et quoique M. Dupuytren n'ait pas eu recours à ce moyen, la cicatrisation a été cependant très prompte. Reste à savoir si, avec les changemens apportés par M. Jobert, il vaut mieux réunir les plaies que d'en confier la guérison aux soins de la nature. L'expérience seule peut donner la solution de cette importante question.

Quant à ce qui concerne la section complète du

(1) *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, tome I, page 80.

calibre de l'intestin, le même procédé ne saurait suffire : M. Jobert lui-même en convient, et conseille, dans ce cas, l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, de manière à renverser ce dernier en dedans et en forme de doigt de gant, pour favoriser le contact mutuel du péritoine entre les deux bouts de l'intestin invaginé.

Ce mode d'affronter les deux lèvres de la solution de continuité, pour les maintenir ensuite à l'aide de la suture, diffère encore beaucoup de celui adopté par les anciens, et semble donner quelques espérances de plus; jusqu'à présent, l'essai n'en a pas été fait sur l'homme.

D. Enfin, dans l'appréciation des ressources thérapeutiques à opposer aux plaies pénétrantes du bas-ventre, on n'a pas assez fait attention à l'hémorrhagie, qui peut les compliquer. Telle plaie qui, sans cet accident, devrait être pansée d'après la méthode adhésive, ne doit plus être réunie dès l'instant qu'une hémorrhagie a lieu. La résistance des parois de l'abdomen étant très faible et n'offrant rien de comparable à celle des parois de la poitrine, il serait prudent de laisser couler le sang au dehors, s'il s'échappait entre les lèvres de la plaie.

Attendu que la syncope est le seul moyen par lequel l'effusion sanguine puisse être suspendue, il faut chercher à la solliciter par tous les moyens possibles, et réduire la force contractile du cœur et des artères. Aussi cette complication des plaies du bas-ventre est-elle des plus fâcheuses.

Si l'on était assez heureux pour arrêter l'hémorrhagie, il faudrait dès lors s'empresser de rapprocher les lèvres de la plaie, sauf à aller au devant de l'inflammation que peut produire le sang extravasé, et à se diriger d'après les règles tracées par Petit le fils (1).

---

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, édition in-8°., tome II, page 180.

CHAPITRE VII.

DE LA RÉUNION IMMÉDIATE APPLIQUÉE AUX GRANDES OPÉRATIONS.

C'est sans doute beaucoup que de remédier par la méthode adhésive aux accidens qu'entraînent les blessures; mais il importe bien plus encore de pouvoir prévenir ceux qui compliquent les opérations. Souvent, en commençant, il n'existe aucune plaie, et l'opérateur devient par cela seul presque responsable de toutes celles qu'il va faire. En outre, ce n'est pas tant la douleur du moment que les souffrances et les difformités ultérieures que les opérés redoutent : la plupart sont capables à l'instant même de déployer une grande fermeté; très peu ont assez de force de caractère ou assez peu de sensibilité pour résister long-temps à toutes ces épreuves. La réunion immédiate offre donc encore, à cet égard, de la supériorité sur la réunion secondaire.

On croit n'avoir plus rien à dire quand on a reproché au premier de ces deux modes de pansement de supprimer trop brusquement la suppuration; mais a-t-on tenu un compte aussi fidèle du grand nombre d'opérés qui meurent de consomption? Danger du traumatisme opératoire, danger des sympathies que réveille la douleur, danger de l'inflammation suppurative, de l'épuisement et de l'ir-

ritabilité qui doivent en être la conséquence : il n'est rien qu'il ne faille affronter après l'opération quand on n'a pas eu recours à la méthode adhésive.

ARTICLE PREMIER.

DE L'OPÉRATION DU TRÉPAN.

1°. Il en est du trépan comme d'une foule d'autres opérations, dont on a dit et beaucoup trop de bien et beaucoup trop de mal : il fut une époque en France et en Angleterre où les idées de Pott et de Quesnay prédominant, on pratiquait l'opération du trépan pour le plus léger motif; plus tard, Desault professant des principes tout à fait contraires, on vit cette opération tomber peu à peu en désuétude. L'aversion qu'elle inspira dès lors aux chirurgiens fut telle, qu'un écrivain moderne n'a pas craint d'avancer : *Que les plaies de la tête, même avec fracture du crâne, guérissaient mieux quand on ne pratiquait pas cette opération* (1).

Mais à quoi tient cet état continuel d'oscillation dans les sentimens? Le trépan, comme la presque totalité des procédés opératoires, n'a été jusqu'à présent envisagé que sous le rapport manuel et chirurgical. Peser la valeur respective des indications et des contre-indications que cette opération présente, calculer d'avance la nature et l'intensité des accidens qui peuvent en résulter, songer

(1) Briot, *Histoire de la chirurgie militaire*, page 108.

aux moyens propres à les combattre et encore mieux à les prévenir; voilà la marche invariable que l'on eût dû suivre pour le trépan, comme pour toutes les opérations. Au contraire, parmi tous les écrits qui ont paru jusqu'à ce jour, sans en excepter celui du professeur Sabatier, dont le titre semble promettre quelque chose de plus médical et de plus philosophique, tous les auteurs se sont attachés à discuter longuement sur les procédés opératoires, pour passer souvent avec légèreté sur les points les plus importans de la thérapeutique. Ce ne sont pas les détails relatifs au manuel des opérations qui manquent, ce sont les applications médicales.

2°. Sans entrer dans l'énumération des cas qui peuvent réclamer le trépan, nous poserons en thèse générale qu'on ne doit jamais pratiquer cette opération, à moins que le cerveau ne soit comprimé, et que l'on ne connaisse d'une manière bien positive le lieu sur lequel réside la cause du mal; encore même faut-il que les symptômes présentent un certain degré d'intensité.

Toutefois, pour agir avec prudence, il ne faudrait pas trop tergiverser; car il arrive pour le trépan ce qui a lieu pour la herniotomie. De même qu'une anse d'intestin déjà profondément enflammée ne supporte qu'avec peine les malaxations que nécessite le taxis, de même les membranes du cerveau et de l'encéphale, déjà en proie à l'inflammation, ne se prêtent qu'avec douleur au contact de l'air et des instrumens. C'est ce que démontrent à la fois les

faits cliniques et les expériences tentées sur les animaux.

Au moment que M. Serres s'occupait de son grand ouvrage sur le cerveau, il s'assura, à plusieurs reprises, que l'on pouvait presque impunément trépaner les chiens, pourvu qu'il n'existât préalablement aucune maladie de l'encéphale ou de ses membranes; mais si après leur avoir fracturé le crâne, on attendait quelques jours pour les opérer, presque tous périssaient (1).

Il en est de même chez l'homme : le plus grand nombre des opérations du trépan qui ont réussi sont celles que l'on a pratiquées sur-le-champ. Ainsi donc, si le cas est jugé indispensable, il convient de se décider au plus tôt.

3o. En admettant ce grand principe, distinguons néanmoins les faits dans lesquels la compression est produite par le déplacement des fragmens d'une fracture, de ceux où elle est le résultat d'un épanchement. Outre que, dans ce dernier cas, la position du sang épanché est toujours plus ou moins difficile à déterminer, la nature et l'art, en réunissant leurs efforts, ne pourraient-ils pas en provoquer l'absorption? Aux observations de MM. Lallemand, Serres, Riobé et Rochoux, relatives aux épanchemens qui résultent d'une apoplexie, nous n'ajouterons que deux faits que nous avons recueillis nous-même, et dont l'un a été pris à Montpellier, et l'autre à l'hospice de la Pitié à Paris.

---

(1) *Clinique* de M. Lisfranc, hiver 1828.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant de douze à quatorze ans qui, s'étant laissé tomber dans un puits qui était à sec, se fit une fracture comminutive aux os du crâne. Le professeur Delpech, appelé sur-le-champ, parvint, à l'aide des leviers, à enlever un assez grand nombre de pièces osseuses; mais ayant trouvé la dure-mère intacte, il crut qu'il était prudent de ne pas aller au delà. *Le blessé était paralysé de tout un côté du corps et avait perdu la vue et l'ouïe du même côté.*

La diète, jointe à la méthode antiphlogistique et évacuante, fut le seul moyen employé. Peu de jours après, on eut la satisfaction de voir la sensibilité renaître, les mouvemens se rétablir, la vue et l'ouïe s'exercer comme auparavant, et le jeune malade recouvrer en entier la santé.

Dans l'autre observation, il était question d'une femme qui, à la suite d'une chute sur le côté droit de la tête, éprouva aussi une paralysie complète du côté opposé. M. Lisfranc, aux soins éclairés duquel la malade fut confiée, n'apercevant aucune espèce de fracture, ne voulut point pratiquer l'opération du trépan.

La diète, les saignées locales et générales, fréquemment répétées dans un court espace de temps, furent encore les seuls moyens mis en usage; sous peu la paralysie eut disparu.

Cette manière d'agir nous semble d'autant plus rationnelle et plus sage, que l'on a vu quelquefois l'opérateur appliquer inutilement le trépan alors

même qu'il existait un épanchement caché ou profond.

Il n'est pas jusqu'à l'influence de la constitution médicale qui ne puisse, dans ce cas, devenir une cause d'erreur. J'ai vu, dit Stoll, trépaner sans succès un homme qui, l'été et pendant une constitution bilieuse, était tombé de très haut, avait du délire, de l'assoupissement et des convulsions. On trouva les intestins d'une couleur plombée, la vésicule gorgée de fiel, et le foie pénétré de cette humeur; *mais la tête était parfaitement saine* (1).

4°. Malgré ce fait, et quelques autres non moins remarquables, que l'on trouve dans les travaux de l'Académie de chirurgie, reconnaissons qu'il est des cas où l'opération du trépan devient indispensable; mais a-t-on toujours porté assez d'attention dans le mode de pansement qu'elle réclame? C'est-là ce qu'il nous importe surtout d'examiner.

Déjà, depuis long-temps, on est d'accord sur les inconvéniens que pourraient produire les topiques imbibés d'alcool, de vin ou de térébenthine, et l'on peut dire qu'à cet égard la chirurgie moderne l'emporte de beaucoup sur la chirurgie ancienne.

Ce n'était qu'un premier pas de fait que de renoncer à ces substances plus excitantes les unes que les autres; il fallait chercher encore à fermer au plus tôt la plaie, et à soustraire ainsi le cerveau et ses membranes au contact de l'air et des pièces d'appareil.

---

(1) *Médecine pratique*, tome I, page 229.

Des tentatives de ce genre ont été faites, peut-être même a-t-on dépassé le but.

S'il faut en croire Richter, il est des chirurgiens allemands qui auraient recommandé, dès que l'opération serait terminée, de replacer dans l'ouverture pratiquée au crâne le disque osseux déjà enlevé, ou bien de lui en substituer un autre pris sur un animal sain (1).

Avant de nous décider à adopter ce mode opératoire, nous voudrions savoir jusqu'à quel point un os frappé de mort est susceptible de séjourner sans inconvénient au milieu de ceux qui conservent tous leurs droits à la vie; et bien que l'auteur qui a émis cette opinion se prévale des résultats obtenus par la transplantation des dents, nous ne serions guère disposés à partager son avis.

Il en est tout autrement pour la réunion des parties molles. Affronter exactement les lèvres de la plaie, et chercher à en obtenir l'adhésion, c'est aller au devant de l'accident le plus fréquent et le plus redoutable. Telle est la manière de voir de plusieurs auteurs anglais, et notamment celle de M. Mynors (2).

Ce mode de pansement a été surtout introduit en France par M. Maunoir, qui, dans une thèse soutenue dans un concours ouvert, en 1812, à la Faculté de Montpellier, disait: *Chez l'homme comme*

---

(1) *Bibliothèque britannique,* juillet 1825.
(2) Mynors, on *Trépanation.*

chez l'animal que l'on a trépané, le meilleur bouchon de l'ouverture du crâne est la peau, qu'il importe tant de ménager. Cet auteur conseille de ne pas se laisser même arrêter par l'idée d'un léger épanchement de sang, qui bientôt sera résorbé. Le contact de l'air et des pièces d'appareil lui inspirait une telle crainte, qu'il ne serait pas éloigné de proposer la réunion dans les cas où l'on a donné issue à une petite quantité de pus.

Tout en nous rangeant encore en faveur de la méthode adhésive, nous n'irons pas jusqu'à embrasser entièrement les idées de M. Maunoir. S'il s'agissait d'une fracture ou d'un léger épanchement de sang, peut-être nous déciderions-nous à réunir la plaie; dans le cas d'une collection purulente un peu abondante, nous craindrions de favoriser le séjour du pus et par suite la compression du cerveau. C'est déjà beaucoup que de maintenir les lambeaux rapprochés, et de se dispenser de l'emploi du sindon et des bourdonnets de charpie; mais tout en voulant diminuer les chances de l'inflammation, nous sentons aussi le besoin de ne pas réunir trop exactement la plaie. Plus souvent encore on éviterait la phlogose, si l'on incisait moins légèrement les méninges.

C'est à cette précaution que nous croyons pouvoir attribuer en grande partie la rapidité de la guérison chez l'un des deux malades dont nous avons déjà parlé. Si, au lieu de se contenter d'enlever les esquilles, le professeur Delpech eût largement incisé la dure-mère et l'arachnoïde pour aller

à la rencontre de l'épanchement, l'enfant eût, à coup sûr, couru les risques d'une méningite, dont il fut mis à l'abri.

Ainsi donc, que l'on ne vienne pas nous reprocher de ne voir partout que la réunion immédiate et les résultats heureux qu'elle produit. Si nous conseillons ce mode de pansement quand nous le croyons avantageux, nous sommes les premiers à nous en abstenir quand nous pensons que son application peut devenir nuisible. Dans tous les cas, nous cherchons à nous rendre compte de nos déterminations, et s'il nous arrive parfois de nous tromper, les faits sont là pour servir à rectifier nos erreurs.

5°. A propos de l'opération du trépan, signalons un fait d'anatomie pathologique qui paraît avoir échappé à l'attention d'un grand nombre d'observateurs. Partout on parle de hernies formées par le cerveau à travers les pertes de substance du crâne, et cette maladie est beaucoup plus rare qu'on ne pense. Chose même assez extraordinaire, nous avons vu trois individus chez lesquels une partie assez étendue de la cavité crânienne avait été enlevée, et *nous avons trouvé, non pas une hernie du cerveau, mais une dépression plus ou moins profonde dans le point correspondant*. Ce fait a pu surtout être bien constaté sur la tête du jeune malade dont il a été question ci-dessus. Nous avons reconnu en même temps que si, au lieu de le laisser assis ou debout, on le plaçait de manière à ce que la tête occupât l'un des points les

plus déclives du corps, le cerveau se tuméfiait à l'instant, surmontait la résistance de la cicatrice et venait réellement former hernie. Il en était de même quand le malade suspendait à dessein la respiration, ou se livrait à quelques vociférations (1).

Ces phénomènes, que nous avons plusieurs fois produits à volonté, annoncent bien évidemment que la circulation sanguine n'est pas seulement sous la dépendance du cœur et des vaisseaux, et que les liquides mis en circulation ne sauraient échapper complétement à l'influence des lois de l'hydraulique. C'est ce que prouvent encore le gonflement des varices, l'infiltration des extrémités inférieures dans la marche, etc.

Naturellement peu enclin aux explications, nous nous fussions contenté de signaler le fait, si la connaissance de la cause de ces phénomènes ne nous eût dû conduire à un autre résultat. En effet, puis-

---

(1) Si les personnes qui ont eu occasion de traiter un grand nombre de plaies à la tête veulent y réfléchir, elles se rappelleront avoir vu des cas analogues. Nous en avons bien observé un autre dans lequel il y avait aussi une dépression très notable dans le lieu correspondant à la cicatrice; mais comme le lobe antérieur du cerveau avait éprouvé une assez grande perte de substance, on pourrait attribuer à cette circonstance ce qui aurait eu certainement lieu sans elle. Du reste, ce fait est très important à consulter sous bien des rapports. Après avoir fait l'objet de la curiosité de tous les médecins de Montpellier, il peut fixer encore celle d'un grand nombre de gens de l'art. (Voy. *Éphémérides médicales* de Montpellier, 1 octobre 1826, page 146.)

que la position qu'occupe la tête influe tant sur la facilité avec laquelle le sang se porte vers le cerveau, n'est-il pas convenable, dans le traitement des plaies de cette région, de mettre le blessé sur son séant, ou du moins de le faire reposer sur des oreillers très élevés? Au contraire, quand un individu tombera spontanément en syncope, il faudra le coucher sur un plan tout à fait horizontal, ou même incliner légèrement sa tête en bas, de manière à seconder l'action des organes circulatoires. C'est une chose que bien des gens ne savent pas encore.

6°. Enfin, quoiqu'il n'ait été question, jusqu'à présent, que de l'opération du trépan et de ses conséquences, il ne sera pas sans intérêt de rapporter un cas de plaie profonde de la tête, qui se rattache en partie au même sujet.

Vingt-huitième observation.

Plaie très étendue à la tête et à la face, intéressant le crâne et le cerveau. — Réunion par première intention au moyen de la suture. — Aucune espèce d'accident. — Guérison rapide. — Le blessé vit encore.

Antoine Lombard, âgé de vingt-sept ans, exerçant le métier de tonnelier, voulant démancher sa doloire, introduit de la poudre dans la lumière dont la douille de cet outil se trouve pourvue. Il le fixe ensuite obliquement et le manche tourné en bas sur un tronçon de bois d'un pied de hauteur, il se place en face et y met le feu avec une branche

enflammée qu'il tient à la main. L'instrument fait une volte et *va le frapper, du plein de son tranchant, à la tête, qu'il fend de haut en bas, crâne et face.* Pour concevoir ce qu'un semblable coup dut produire, il suffira de rappeler qu'une doloire pèse de neuf à dix livres, que son tranchant n'a pas moins de douze à quinze pouces de long, de quatre lignes d'épaisseur, et que cette masse de fer venait de recevoir l'impulsion de trois charges environ de poudre à giboyer.

L'incision, commencée à deux pouces et demi au dessus du rebord orbitaire supérieur du côté droit et à un pouce et demi de la ligne médiane, se terminait après avoir suivi une direction oblique de droite à gauche, à la houppe du menton. Dans ce trajet, l'instrument *avait divisé le coronal, les deux paupières à deux lignes de la commissure interne, l'apophyse montante de l'os maxillaire, la partie moyenne de l'aile du nez, la lèvre supérieure et l'inférieure.*

Le coup ayant porté obliquement d'avant en arrière, et la doloire ayant agi, à cause de l'épaisseur de son tranchant, à la manière d'un coin, le coronal avait éclaté jusque dans la fosse temporale droite, et la portion palatine des os maxillaires et palatin jusqu'au voile du palais.

Quant à la mâchoire inférieure, les lésions osseuses se bornaient au brisement d'une incisive, et à la pénétration de l'instrument dans l'alvéole. On ne voyait aucune esquille dans aucun point de la solution de continuité des os, ni du crâne, ni

de la face; mais l'hiatus formé par les parties molles et dures avait au moins six lignes de largeur, de telle sorte que supérieurement le cerveau faisait hernie, et que la division de l'apophyse montante de la voûte palatine permettait de distinguer facilement l'intérieur des fosses nasales, le pharynx et l'épiglotte.

Le cerveau était blessé dans deux pouces et demi de longueur, et déduction faite de l'épaisseur des parties qui le protègent, l'outil avait pénétré dans la substance de l'encéphale, à huit lignes au moins de profondeur.

Le malade conservait la liberté des idées, on n'apercevait pas des symptômes de commotion. Cette énorme solution de continuité fut réunie par première intention à l'aide de dix points de suture entortillée, de bandelettes agglutinatives, et d'un bandage unissant composé de plusieurs chefs croisés au dessous du nez. La narine fut *bâtie* dans de la charpie, de manière à maintenir exactement les lèvres de la plaie en contact. La saignée, les remèdes généraux ne furent pas négligés, et, quinze jours après, la cicatrice était parfaite. L'accident eut lieu le 1er. février 1823.

Le malade vit encore, et a été vu dans le pays par un grand nombre de chirurgiens (1).

---

(1) Ce fait, communiqué d'abord à la Société de médecine de Toulouse, appartient à notre ami M. Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac.

Réflexions. Ce cas de plaie de tête, l'un des plus curieux que l'on puisse lire et peut-être l'unique en son genre, fait voir jusqu'à quel point tous les organes de l'économie sont susceptibles de se prêter à la réunion immédiate. Nous ne voudrions pas garantir qu'il n'y ait eu aucune exsudation puro-sanguinolente de la part de la substance cérébrale ; mais au moins est-il certain qu'elle a été très peu de chose. Car depuis le moment du pansement jusqu'aujourd'hui, il ne s'est jamais manifesté aucun accident qui pût même faire soupçonner la compression la plus légère.

Cette blessure constitue l'un des cas les plus embarrassans qui puissent se présenter dans la pratique ; et si tous les chirurgiens n'eussent pas agi de la même manière, tous admireront le résultat obtenu par cette belle tentative. Il faut avoir été élevé dans une école où la réunion immédiate a produit presque des prodiges, pour oser faire de pareils essais. D'ailleurs, comme nous le disait avec raison le docteur Rigal, si des accidens annonçant la compression cérébrale eussent éclaté, il était prêt à enlever les points de suture ou même à inciser la cicatrice. Il existait un léger écartement entre les deux côtés de la fracture, et l'on pouvait, dans tous les cas, ménager une issue aux fluides épanchés. Quant à l'inflammation de l'encéphale, il n'y avait qu'un seul moyen pour la prévenir, celui de soustraire le cerveau à l'impression de l'air et au contact des pièces d'appareil. La méthode adhésive seule pouvait remplir ces vues, la méthode adhésive a été tentée et le malade a guéri.

La réunion immédiate de toutes les plaies du crâne, dit M. Gama, sans en excepter celles qui sont compliquées de lésions intérieures, est indispensable pour prévenir une trop forte inflammation du cerveau, et rendre la guérison rapide (1). Cette idée, sans être nouvelle, est cependant précieuse à recueillir; car elle est rigoureusement déduite des faits que renferme l'ouvrage du *professeur* du Val-de-Grâce.

ARTICLE II.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Depuis près d'un siècle, on se dispute pour savoir si la méthode par extraction l'emporte sur la méthode par abaissement, et le procès n'est pas encore jugé : il est même à craindre, si l'on ne change le sens de la discussion, qu'on n'arrive jamais à la solution complète du problème; car, il faut bien se pénétrer de cette idée qu'il n'est que peu de procédés opératoires que l'on puisse substituer l'un à l'autre, que chacun d'eux est susceptible de certaines applications, et que l'étude clinique seule peut nous donner la mesure de leurs avantages et de leurs inconvéniens respectifs.

Nous avons vu pratiquer un très grand nombre

(1) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*, page 454.

d'opérations de la cataracte par l'une et l'autre méthode dans différens pays et par divers chirurgiens; nous en avons soigneusement noté les suites, et cependant, au jour où nous sommes, nous ne voudrions pas même accorder la préférence à celle qui a donné le plus de succès. Chacune d'elles pourra fournir des résultats avantageux quand elle sera bien appliquée; l'une et l'autre pourront et devront échouer dans des circonstances contraires.

Ce n'est pas tant le procédé opératoire en lui-même qu'il faut examiner que les indications et les contre-indications qui s'y rattachent. C'est dans la conformation de l'orbite, dans celle du globe oculaire, dans les dispositions que présente l'iris, dans l'état du cristallin et de sa membrane, dans celui de la rétine, dans l'âge et le tempérament du sujet, dans les constitutions médicales, etc., que le chirurgien doit aller puiser la règle de sa conduite.

Selon nous, c'est parler un langage peu philosophique que de dire avec quelques écrivains : la méthode la meilleure et la plus facile est celle à laquelle on s'est le plus exercé. En effet, la chirurgie n'est pas un art entièrement mécanique : il est, dans le choix des opérations, une partie toute scientifique et rationnelle que l'on a trop long-temps perdue de vue, et à laquelle il importe enfin de se livrer. Mais puisqu'il ne doit être ici question que de l'opération de la cataracte, considérée sous le rapport de la réunion immédiate, ne parlons que

de la méthode par extraction, et renfermons-nous dans notre sujet.

Abstraction faite du manuel opératoire, le succès de cette opération paraît tenir à trois conditions que nous allons rapidement exposer.

1°. Parmi un très grand nombre de malades opérés de la cataracte, nous avions cru reconnaître, depuis plusieurs années, que, chez ceux sur lesquels on avait fait usage du suc de belladone avant l'opération, les accidens inflammatoires étaient presque nuls. Cependant, nous n'osions guère nous arrêter à cette idée quand les observations que nous avons recueillies dans d'autres hôpitaux ont achevé de nous convaincre. Nous croyons donc aujourd'hui que c'est faire une très bonne chose que d'instiller quelques gouttes de suc de cette plante entre les paupières, une ou deux heures avant l'opération (1). Ces applications locales, dont se servent surtout les chirurgiens qui opèrent par déplacement, sont non seulement utiles en procurant la dilatation de la pupille, mais encore en diminuant la sensibilité de la rétine et s'opposant jusqu'à un certain point

(1) Les nombreuses occasions que nous avons eues de faire usage de la belladone nous ont appris qu'il existait une grande différence, par rapport à l'action de cette plante, entre son suc et son extrait. Cependant, quand la conjonctive paraît avoir de la tendance à s'enflammer, M. Dupuytren donne l'extrait à l'intérieur, à la dose d'un demi-grain ou d'un grain, et prétend qu'il produit le même effet. Il n'en est pas ainsi quand on se borne à des applications locales.

au développement des accidens inflammatoires.

2°. Il n'est pas moins urgent de se tenir en garde contre ces derniers; pour réussir, il faut même aller au devant du mal. Les parties qui constituent le globe oculaire sont si délicates, que l'inflammation, quoique légère et clandestine, produit souvent, dans un instant, des désordres irréparables. Que de malades n'avons-nous pas vus privés ainsi de la faculté de distinguer les objets, disons plus, privés pour jamais de la lumière! Long-temps nous avons pris part à la douleur d'une malheureuse femme, qui, la nuit, après l'opération et par un temps d'orage, perdit entièrement la vue, alors qu'une ou deux saignées, faites la veille, auraient peut-être pu prévenir le mal. Déjà, le matin la cornée avait perdu sa transparence et la chambre antérieure était remplie d'une matière pseudo-purulente.

Sous un même climat et sur un assez grand nombre de sujets, nous avons vu deux chirurgiens d'un grand mérite pratiquer l'opération de la cataracte par extraction, et obtenir cependant des résultats bien différens; mais l'un attache le plus grand soin à faire avorter l'inflammation, l'autre attend peut-être un peu trop pour la combattre. Le premier applique sur le globe de l'œil un léger appareil destiné à fixer les paupières, le second se sert seulement d'un bandeau pour intercepter le passage des rayons lumineux.

3°. Cette dernière précaution, qui d'abord semble n'avoir qu'une importance très secondaire sur

le succès de l'opération, nous paraît encore de la plus haute utilité. Sans doute, il ne faut pas entasser sur le globe de l'œil des masses de charpie capables de fomenter l'inflammation; mais placer sur les paupières un petit appareil contentif est une chose à la fois très rationnelle et très avantageuse. Qui ne voit que le contact de l'air et le mouvement presque continuel de la paupière inférieure, en soulevant à chaque instant le bord libre du lambeau de la cornée, sont deux causes puissantes d'irritation? C'est ce que M. A. Petit, qui avait des idées si saines en chirurgie, avait parfaitement senti quand il a dit : « En général, il faut considérer » le premier appareil comme un bandage unissant, » qui ne doit être enlevé qu'à l'époque de la réu- » nion. Décoller les paupières avant ce temps pour » examiner l'œil, c'est s'exposer inutilement au » danger de mettre obstacle à la réunion parfaite » du lambeau de la cornée, qui est la chose la plus » importante après l'opération, puisque le succès » en dépend. Il n'y a que l'exception du gonflement » de l'œil et d'une grande sécrétion de larmes » âcres (1). »

Ces réflexions judicieuses n'ont pas été perdues pour la science, et l'on voit encore plusieurs chirurgiens en France en faire leur profit. A Montpellier, par exemple, il est peu d'opérateurs qui, pour l'opération de la cataracte, comptent autant de succès que le professeur Delmas, et il avoue lui-même

(1) *Clinique*, page 10.

qu'il les doit au soin avec lequel il s'attache, d'une part, à empêcher le développement de l'inflammation et, de l'autre, à maintenir les paupières légèrement fixées contre le globe de l'œil (1).

Que l'on ne juge donc pas de tel ou tel autre procédé opératoire par les résultats qu'il donne, mais

---

(1) Les principales indications sont de favoriser la réunion des lèvres de la plaie et de prévenir l'inflammation de cette dernière ou du globe de l'œil. Le pansement qu'emploie mon père me paraît propre à remplir la première indication : en effet, dès que l'opération est terminée, il fait fermer les paupières des deux yeux, soit qu'un seul ou tous les deux aient été opérés. Il veut empêcher que la lumière ne les frappe, et pour cela il se garde bien d'imiter l'exemple de quelques praticiens qui, pour jouir d'avance d'un succès qu'ils regardent comme certain, et qui quelquefois n'est malheureusement que trop chanceux, s'appliquent à faire distinguer plusieurs objets aux malades. Les yeux étant fermés, il place sur les paupières une petite compresse fine et ronde, de deux pouces de diamètre, ou du moins assez grande pour recouvrir toute la base de l'orbite. Au devant de cette compresse, se trouve un petit gâteau fait avec du coton non filé, qui est plus moelleux et moins pesant que la charpie. L'épaisseur de ce gâteau varie suivant la saillie et l'enfoncement du globe de l'œil ; ce gâteau est encore recouvert par une compresse triangulaire, qui s'étend de l'un à l'autre œil ; et, enfin, le tout est maintenu par un bandeau médiocrement serré, que l'on attache au derrière du bonnet du malade. L'application de ce bandage suffit pour rendre les paupières immobiles, et par ce moyen les lèvres de la plaie faite à la cornée étant continuellement maintenues en contact, la réunion a lieu au bout du quatrième ou cinquième jour. (*Collection des thèses de Montpellier*, n°. 30, *de la Cataracte*, par Polydore Delmas, page 49.)

qu'on l'étudie dans ses détails, dans ses applications, entre plusieurs mains : d'abord, sous un même climat et dans des conditions locales identiques; ensuite, dans divers pays et sous des conditions locales toutes différentes, et on pourra alors se former une opinion en faveur de telle ou telle autre méthode.

Le peu de mots que nous venons de dire sur la manière de maintenir fixé le globe de l'œil prouvent que le mode de réunion des plaies doit varier selon la nature et la position des organes malades. Si nous eussions déclaré, en commençant, que la réunion immédiate était applicable à l'opération de la cataracte, nous nous fussions exposé à ne pas être bien compris par tout le monde. Maintenant, on saura ce que nous voulons dire, peut-être même quelques personnes seront-elles de notre avis.

ARTICLE III.

DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE ET DE LA STAPHYLORAPHIE.

La nature, a dit Desault, ne suit pas toujours d'une manière invariable les lois qui président à l'organisation des animaux; quelquefois elle sort du cercle de ses opérations, semble se jouer tout autour, et produit diverses espèces de difformités assez communes chez l'espèce humaine : telle est celle si fréquente et si connue sous le nom de bec-de-lièvre.

1°. Ce vice de conformation, décrit par les auteurs anciens et devenu presque aussitôt l'objet de leurs recherches, ne pouvait rester long-temps

sans remède : Celse conseilla d'abord d'y remédier par la suture, et vit ce mode opératoire réussir entre les mains des chirurgiens de son époque. Les Arabes ne tardèrent pas à s'en emparer, et Guy de Chauliac, leur copiste sur bien des points, en fit souvent usage. Van-Horne ne paraît pas en avoir connu d'autre, Paré et Guillemeau le recommandent. Fabrice d'Aquapendente s'en servait toujours.

2°. Arriva le moment où l'on crut devoir bannir la suture de la pratique chirurgicale, et l'art fut ainsi privé du seul moyen vraiment efficace contre le bec-de-lièvre. On a vu même, à une époque très rapprochée de la nôtre, des praticiens assez peu attentifs pour vouloir recourir à l'emploi du vésicatoire. A l'hospice des Écoles de Paris, tandis que les Mémoires de Louis venaient de rappeler les regards vers ce point, un chirurgien osa faire usage des épispastiques : le topique resta douze heures en place; puis, au moyen des agglutinatifs, on rapprocha les bords de la division. La réunion n'eut lieu que dans quelques points, et l'opérateur fut contraint à en venir à la suture (1).

Des hommes dont le nom exerça quelquefois une trop grande influence sur la marche des esprits firent aussi pour le bandage ce que d'autres avaient tenté en faveur des épispastiques, et proposèrent un nouveau mode de pansement. Louis considérant que, dans l'opération du bec-de-lièvre, la

(1) *OEuvres chirurgicales* de Desault, tome II, page 176.

plupart des auteurs ne prescrivent la suture que dans la supposition d'une perte de substance, et s'étant persuadé que cette supposition est presque toujours fausse et que l'action musculaire est la seule puissance qu'il faille surmonter, établit en principe : 1°. que la puissance qui rapproche les lèvres doit s'exercer non sur les bords, mais sur les muscles qui les écartent; 2°. que le bandage unissant doit seul représenter cette puissance; 3°. que la suture est un moyen de contact et non de rapprochement entre les lèvres de la division; 4°. que les emplâtres agglutinatifs, suffisant pour maintenir ce contact et ne déterminant pas, comme la suture, une irritation favorable à l'action musculaire, doivent toujours obtenir sur celle-ci la préférence.

Pibrac, s'emparant des idées de Louis, chercha bientôt à faire voir que le moyen proposé par les anciens était non seulement infidèle, mais même dangereux, et crut avoir maîtrisé pour toujours l'opinion publique; mais il devait en être autrement. Pibrac et Louis sont morts, et la suture est encore employée contre le bec-de-lièvre, parce que les faits survivent toujours aux hommes et aux théories. Il n'est pas, en effet, d'opération dans laquelle ce moyen puisse être d'une plus haute utilité ; il n'en est pas où son triomphe soit plus manifeste.

Du reste, les phénomènes adhésifs s'accomplissent toujours sur la face avec une facilité merveilleuse, et il n'est rien en ce genre que l'on ne puisse tenter. Nous avons vu les mutilations les plus hideuses

disparaître sous l'influence de ce seul moyen; ceux-mêmes qui se récrient le plus contre lui ne peuvent se dispenser d'en faire usage.

Mais y ont-ils bien réfléchi? Ont-ils fait attention que la suture entortillée est celle à laquelle on a le plus souvent recours, et que les épingles restent en place durant plusieurs jours? Savent-ils que, dans ce genre d'opération, on intéresse la peau, les muscles et, selon toutes les apparences, un grand nombre de filets nerveux? Nous ne saurions le supposer; car on ne verrait pas ces mêmes hommes s'élever avec tant d'acharnement contre quelques points de suture appliqués sur toute autre partie du corps, et seulement à travers les tégumens. Comment la face, qui est la région du corps qui jouit de la sensibilité la plus exquise et reçoit le plus grand nombre de filets nerveux, serait-elle précisément la seule qui pût supporter l'action d'un moyen aussi violent que la suture? Il n'y a pas même de la logique dans cette manière d'envisager les faits.

3°. Quelque précieux que puissent être les services rendus par la réunion immédiate à l'occasion du bec-de-lièvre, ils eussent été très limités s'ils avaient dû se borner là; mais les principes sur lesquels repose ce mode opératoire ont reçu de plus en plus de l'extension, et leur importance s'est accrue en raison multiple de leur application. S'agit-il aujourd'hui de faire la résection de la mâchoire, d'oblitérer la perte de substance qui résulte de l'ablation d'un cancer à la face, de remédier à une

lésion traumatique quelconque siégeant dans ces parties, c'est toujours vers l'opération du bec-de-lièvre que l'on a les yeux tendus : elle seule peut nous donner l'idée de ce qu'il y a à faire, et nous tracer la route qu'il faut tenir.

M. Roux de Saint-Maximin aurait-il jamais conçu le mode opératoire dont nous allons parler, s'il n'eût vu faire si souvent et sous des formes si variées l'opération du bec-de-lièvre?

On a parlé de l'extensibilité dont jouit la peau du cou et de la face, et de la facilité avec laquelle elle se laisse déplacer ; mais personne jusqu'à ce jour n'avait assez insisté sur ce point, ni fait connaître tout le parti que l'on pouvait tirer de cet état de laxité des tégumens. Enfin, M. Roux, élève de l'École de Montpellier, et pénétré comme nous des avantages de la réunion immédiate, a trouvé dans sa pratique le moyen de féconder les principes qu'il avait reçus. Il a vu qu'alors même qu'il fallait amputer la totalité de la lèvre inférieure, on pouvait, en détachant la peau qui recouvre la région sus-hyoïdienne, trouver assez d'étoffe pour former une espèce de mentonnière destinée à recouvrir la portion d'os maxillaire mise à nu (1). Citons quelques faits avant d'aller plus loin.

---

(1) *Revue médicale*, Janvier 1828, page 30.

Vingt-neuvième observation (1).

Cancer très étendu à la face, occupant environ les neuf dixièmes de la lèvre inférieure. — Ablation d'après le procédé de M. Roux. — Formation d'une lèvre aux dépens de la peau de la région sus-hyoïdienne. — La réunion n'est pas complète. — On en vient à une seconde opération. — Il reste encore une légère déformation à la lèvre. — Causes d'insuccès.

Le nommé Louis Flayol, âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament sanguin, vint me consulter dans le mois de décembre 1822, au sujet d'une petite tumeur qui s'était développée au côté droit de la lèvre inférieure, dans le lieu où il appuyait habituellement le tuyau de sa pipe. Cette tumeur était dure, rénitente, du volume d'une petite amande, avec des élancemens douloureux. J'annonçai la formation d'un cancer qui pourrait faire dans la suite de grands ravages, si l'on ne s'en occupait sérieusement. Flayol promit de venir me voir lorsqu'il serait décidé à suivre un traitement, qui devait être mis en usage avant d'en venir à l'opération. Mais il n'en fit rien; il se confia aux soins d'un empirique, qui, par des applications caustiques, exaspéra tellement la maladie, qu'en moins de huit mois elle prit un développement qu'elle n'aurait peut-être pas acquis en plusieurs années si elle eût été abandonnée à elle-même.

Pendant les chaleurs de l'été 1823, les mouches, attirées par une odeur infecte, venaient déposer des

---

(1) Voyez la planche 3, n°. 1.

larves sur la plaie faite par les caustiques, et des vers s'y développant tous les jours en rendaient encore l'aspect plus hideux. Enfin, au mois de septembre de la même année, cet homme, victime de sa crédulité, vint me consulter de nouveau. Je ne l'avais plus revu depuis sa première visite, et j'avoue que je fus presque épouvanté à son aspect. Une tumeur qui s'étendait depuis la commissure gauche jusqu'au milieu de la joue droite *dépassait en haut le niveau de la lèvre supérieure et s'étendait sur le menton.* Une ulcération profonde occupait une grande partie de sa surface, et fournissait une matière brunâtre et fétide, qui s'écoulait au dehors par l'ulcération et qui passait au dedans de la bouche par quelques points qui traversaient la muqueuse buccale. Les bords de l'ulcération de la tumeur étaient rouges, violacés; ils étaient le siége d'une fluxion très active.

L'indication la plus pressante était d'enlever au plus tôt toutes les parties malades. Heureusement les glandes lymphatiques voisines étaient saines et les dents solides, ce qui me rassura sur le compte de l'os maxillaire. L'étendue du mal devait rendre l'opération nécessairement grave; mais il fallait la pratiquer ou laisser succomber le malheureux Flayol. Le 21 septembre 1823, le malade assis en face d'une croisée, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, une incision A B partant de la commissure droite fut dirigée en haut, vers le milieu de la joue du même côté, et elle contourna la tumeur dans l'étendue d'un pouce et demi. Une seconde incision

B C D fut faite du point B jusqu'au milieu du menton. Enfin, une troisième E D, légèrement courbe, cerna tout le côté gauche de la tumeur, *en conservant environ la dixième partie de la lèvre inférieure.* Toutes les parties comprises dans ces lignes furent détachées ensuite de l'os maxillaire, en disséquant jusqu'au périoste. Je découvris, en manœuvrant ainsi, une large surface, et l'action musculaire portant les bords de la nouvelle plaie en arrière et en haut, l'écartement devint encore plus grand.

Il m'importait alors de recouvrir les parties mises à nu et de prévenir l'écoulement de la salive, circonstance toujours fâcheuse. Or il était impossible de réunir immédiatement les bords opposés, l'écartement qui existait entre les lèvres de la solution de continuité était trop grand. Je détachai donc de chaque côté les parties molles formant les parois des joues jusqu'à une très petite distance de l'artère maxillaire, à l'endroit où elle contourne l'angle de la mâchoire. Du côté droit, quelques filets maxillaires inférieurs furent coupés; mais le tronc principal resta couvert de parties charnues et à l'abri des agens extérieurs.

L'incision D F fut ensuite tirée jusque sur le larynx, et je disséquai la peau en commençant à l'angle D, aussi loin que je pus, en formant un lambeau à base très large, que l'on peut représenter par une ligne idéale tirée de B à F. En détachant ce lambeau, je mis à nu une portion du muscle peaussier droit, de même que quelques filets nerveux du plexus cervical superficiel. Mais ce même

lambeau servit bientôt à recouvrir ces mêmes organes. *J'imprimai à la tête du malade un mouvement de quart de rotation à droite, et un peu de flexion sur la poitrine. La mâchoire se trouva alors logée dans une espèce de mentonnière qui remontait jusqu'à la hauteur des dents.* Le bord supérieur du lambeau C D semblait suppléer à la presque totalité de la lèvre emportée; l'angle D fut rapproché de la très petite portion de lèvre E, qui restait à la commissure gauche; le point C fut réuni à la commissure A de manière à former une cicatrice linéaire des deux incisions A B et B C. Des aiguilles et des points de suture furent placés partout où je les crus nécessaires pour mettre en contact les bords de la plaie et du lambeau. Le pansement fut fait avec des plumasseaux, des languettes, des compresses graduées et un bandage unissant.

Le malade fut mis à la diète la plus rigoureuse. Le soir, le pouls était dur, plein, fréquent; je fis une saignée de seize onces. Le lendemain, mêmes symptômes, nouvelle saignée de douze onces. Le troisième jour, le pouls était naturel; mais il survint des quintes de toux si fortes qu'elles me firent craindre un dérangement de l'appareil. Je fis administrer une potion calmante au moyen d'une écuelle à bec, sans obtenir un seul instant de calme.

Le quatrième jour, je levai le premier appareil sans toucher aux aiguilles ni aux points de suture. Je ne pus apprécier au juste l'état des choses. Le lendemain, les aiguilles ayant été enlevées, la réunion parut être faite à la partie supérieure de la

portion de la peau qui remplaçait la lèvre, de même qu'à l'extrémité inférieure de la plaie. Des bandelettes agglutinatives remplacèrent la suture; *mais elles ne purent empêcher la déchirure de la cicatrice encore tendre, qui ne résista pas aux efforts réitérés et violens de la toux*. Cet accident était fâcheux, mais je ne tentai plus rien jusqu'à ce que la toux fût entièrement calmée; ce qui n'eut lieu que vers le quarante-cinquième jour. A cette époque, tout était cicatrisé, excepté l'angle D du lambeau que j'avais placé vis à vis la portion de la lèvre E. *La mâchoire était toute recouverte, à l'exception des dents et des gencives;* la salive n'était point retenue dans la bouche, elle s'écoulait constamment sur le menton : pour y remédier, je rafraîchis les bords flottans E D, et plaçai dans ce point une seule aiguille, sur laquelle je fis la suture entortillée. Le quatrième jour, la réunion était complète dans les deux tiers inférieurs, mais la lèvre ne contracta pas adhérence avec la portion de peau qui lui correspondait. Cette fois la gencive étant recouverte, je crus pouvoir me dispenser de faire de nouvelles tentatives; la salive était retenue et dirigée dans la bouche; *trois dents se montraient encore légèrement et n'offraient pas un aspect désagréable*. Ce malade, qui avait maigri pendant la durée du traitement (deux mois et demi), a repris dans la suite ses chairs, sa bonne couleur, l'usage des alimens solides, et enfin les travaux de la campagne.

Réflexions. En examinant la planche qui repré-

sente l'état des choses, il est aisé de voir qu'à moins d'en venir à l'opération de la chyloplastique, il eût été impossible de remédier à une perte de substance aussi étendue. Or, quelle différence n'existe-t-il pas entre ce mode opératoire et celui que l'on a suivi? Ce dernier est facile à concevoir, simple à exécuter et sûr dans ses résultats; l'autre est au dessus de la portée d'un grand nombre d'opérateurs, demande, pour son exécution, beaucoup d'adresse et de précision, et son succès tient souvent à des circonstances qu'il n'est pas en notre pouvoir de maîtriser.

Cette fois, il est vrai, M. Roux n'a pas entièrement réussi; mais outre que c'était là son premier coup d'essai, comme il le dit lui-même, il fut beaucoup contrarié par la toux qui tourmenta le malade. D'ailleurs, si à la première tentative il n'a pas obtenu une réunion complète, il a eu quelque chose de plus à la seconde, et si le cas l'eût exigé ou si le malade eût été moins affaibli, il lui eût été facile d'arriver à une restauration complète. C'est ce que prouvent les faits suivans.

Trentième observation (1).

Ablation de la lèvre inférieure. — Dissection de la peau du cou. — Formation d'une mentonnière tégumentaire. — Restauration des formes. — Cicatrisation complète le douzième jour. — Le malade parle distinctement et ne perd pas une goutte de *salive*.

Jean-Baptiste Verlaque, de Saint-Maximin, âgé

(1) Voyez Planche 3, n°. 2.

de cinquante-cinq ans, tempérament sanguin, profession de cultivateur, avait beaucoup fumé pendant sa jeunesse. Vers sa quarantième année, atteint d'un cancer à la lèvre inférieure, il consulta des médecins qui lui conseillèrent de renoncer à l'usage de la pipe et de se faire pratiquer l'opération. La maladie n'occupant alors qu'une très petite partie de la lèvre, il eût été facile de réunir la plaie par première intention en opérant selon la méthode ordinaire. Verlaque négligea de le faire et se contenta de ne pas fumer. Mais la lésion organique fit peu à peu des progrès considérables, et lorsque je fus appelé, quinze ans après son début, elle occupait toute la lèvre inférieure dans l'étendue de près de deux pouces, par deux tumeurs distinctes, arrondies et rénitentes. Du côté droit, une seule tumeur se faisait remarquer, elle avait environ un pouce d'étendue. Heureusement les glandes sous-maxillaires n'offrant pas d'engorgement remarquable, je pus entreprendre l'opération suivante, le 31 janvier 1825.

Le malade placé dans une situation convenable et dans un lieu bien éclairé, je fis du côté droit une incision courbe D C, qui partit de la commissure et qui s'étendit en arrière et un peu en haut jusque sur le muscle masséter. Une seconde incision C B A fut faite en dessous de la première; une troisième F E cerna en haut la tumeur du côté gauche, dans l'étendue de plus d'un pouce; enfin une quatrième E A acheva de circonscrire le cancer.

Je détachai ensuite la masse cancéreuse à sa base,

après l'avoir saisie avec une érigne double. Une seule artériole parut digne d'être liée, à cause de son volume; un aide la saisit et l'entoura d'un fil. La plaie qui résulta de cette opération était grande et hideuse, l'os maxillaire inférieur presque à découvert; la lèvre supérieure, la langue et le voile du palais exécutaient des mouvemens rapides et irréguliers. La parole ne pouvait être articulée; la salive et le sang ne sortaient de la bouche qu'en nappe et par leur propre poids.

Après avoir observé très attentivement les surfaces mises à nu, et m'être assuré autant que possible que j'avais enlevé tout ce qui devait l'être, je m'occupai à chercher un moyen propre à réparer une aussi grande perte de substance. Je disséquai largement la peau du cou dans toute l'étendue du bord inférieur de la plaie. Le tissu cellulaire sous-cutané était la ligne de démarcation sur laquelle je dirigeai le bistouri. Les muscles de la partie antérieure du cou ne devaient pas être touchés. Je séparai ainsi une large mentonnière de peau, dans laquelle je plaçai la mâchoire inférieure jusqu'à la hauteur des dents. Par ce moyen, les incisions supérieures D C, E F se trouvèrent en contact avec les incisions inférieures B C et A E. Les points de suture étant faits et soutenus par des bandelettes, la bouche parut très régulière; la lèvre inférieure était remplacée par le bord de la peau A B, resté libre vis à vis la lèvre supérieure. Le pansement fut fait, la tête fléchie en avant.

Le malade placé dans son lit, une potion anti-

spasmodique lui fut administrée par cuillerées. Le soir, le pouls ne s'était pas relevé; le lendemain, tout était en bon état. Fièvre légère, potion comme la veille, diète. Le quatrième jour, bouillon. Le cinquième, le premier appareil fut levé : la réunion était faite, mais les points de suture restèrent en place jusqu'au huitième jour. Des bandelettes servirent, tout le temps du traitement, à relever le lambeau jusqu'à la hauteur des dents. Le douzième jour, la cicatrisation était complète, tout appareil fut abandonné, la tête se releva et fut libre dans ses mouvemens; le malade put manger.

On voit maintenant cet homme, dont la figure n'a plus rien de hideux, parler avec facilité, ne pas perdre une goutte de salive, et s'occuper aux travaux de la campagne.

Réflexions. Nouvel exemple d'une tumeur cancéreuse, pour l'ablation de laquelle on a été obligé de faire une perte de substance énorme et de mettre à découvert une très grande partie de l'os maxillaire; néanmoins en combinant habilement les incisions et disséquant largement la peau, M. Roux a trouvé le moyen de réparer cette mutilation. Le douzième jour, la guérison était complète.

Il y a dans cette opération quelque chose qui tient presque du prodige, et quiconque ne l'a pas vu exécuter ne peut pas se faire une idée assez avantageuse des résultats qu'elle est susceptible de donner. On ne conçoit vraiment pas comment un travail aussi important que celui de M. Roux n'a pas produit

plus d'effet dans le monde chirurgical ; et quand on pense que sans un concours de circonstances dont nous parlerons bientôt, son mémoire eût langui dans les cartons de l'Académie, on regrette que l'on ne porte pas toujours une attention suffisante à ce qui vient de la province ou sort d'une plume encore jeune.

A l'aide du procédé opératoire en question, il n'est plus aucun cancer de la lèvre inférieure, quelque étendu qu'il soit, qui ne puisse être enlevé avec de grandes chances de succès. En y réfléchissant, quelques chirurgiens se rappelleront même avoir réséqué la mâchoire inférieure dans des cas où l'on eût pu s'en dispenser. Après avoir mis en pratique le procédé de M. Roux dans un cas dont il sera question plus bas, M. Lisfranc a avoué en notre présence que si on ne lui en eût donné connaissance quelques jours avant, il eût, sans hésiter, amputé la mâchoire à son malade. Ce que cet opérateur habile a eu la franchise de dire, nous l'avons vu faire, et d'autres, malheureusement, le feront encore. Si quelques hommes ont la force d'avouer leurs fautes, tous ne savent pas également en profiter.

Ces faits sont principalement devenus pour nous l'objet d'une attention toute spéciale depuis les beaux exemples que nous avons recueillis à l'hôpital de la Pitié à Paris.

N'en ajoutons qu'un seul pour le moment. Il appartient encore à M. Roux.

Trente et unième observation.

Nouvelle ablation de la lèvre inférieure. Même procédé opératoire.— Réunion immédiate à l'aide de la suture entortillée comme dans les cas précédens. — Cicatrisation complète le douzième jour.

M. Jaumes, de Sainte-Anasthasie (Var), d'un tempérament sanguin, âgé de soixante-quatorze ans, portait sur le côté gauche du menton une verrue, qu'il irrita par des attouchemens réitérés et qui finit par s'ulcérer. Un jour il fit une chute sur un corps saillant et dur, la partie malade fut atteinte, et depuis ce moment l'ulcération fit des progrès rapides. M. Jaumes me fit appeler; je le visitai et reconnus à côté de la commissure gauche de la bouche une plaie de forme ovalaire, s'étendant de haut en bas depuis le voisinage du nez jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. Elle avait environ deux pouces et demi de long sur un pouce et demi de large. Ses bords étaient rouges, durs, inégalement relevés; le milieu, d'une couleur grisâtre et blafarde. Dans cet endroit, la membrane muqueuse seule empêchait de voir l'intérieur de la bouche.

Un traitement par les antiphlogistiques ou les caustiques aurait demandé beaucoup de temps, et encore même cette chance était-elle peu certaine. L'opération était donc le seul moyen qui restât, et je la pratiquai d'autant plus volontiers que le malade la désirait.

Des lignes semi-elliptiques furent tracées à l'encre pour guider le bistouri et cerner l'ulcération. Il en résulta une perte de substance de trois pouces

de long sur près de deux pouces de large, suivie d'une rétraction considérable de la part des parties molles.

Il était évidemment impossible de songer à faire la réunion immédiate, en laissant les choses dans cet état. Je fis donc la dissection, sur laquelle j'avais compté d'avance, pour obtenir une extension suffisante de la peau. Je disséquai amplement la lèvre inférieure, de la commissure gauche jusque sur le menton et le masséter droit, et j'obtins un lambeau fort grand, que j'enveloppai de linge et que je donnai à tenir à un aide.

Du côté gauche, je disséquai, entre la peau et les muscles buccinateur et masséter, en suivant le tissu cellulaire graisseux, qui était très abondant, et que je suivis aussi loin que possible. L'extension s'opéra alors de chaque côté jusqu'à pouvoir faire toucher les bords des incisions semi-elliptiques, qui, par leur réunion, formèrent une seule ligne droite.

Avant d'achever j'enlevai une couche de tissu cellulaire et musculeux dont la couleur était suspecte, sur le côté de la mâchoire qui avait servi de siége à la maladie; j'arrivai même jusqu'à l'os, que je trouvai sain ainsi que le périoste. Des points de suture servirent à maintenir tout rapproché, et furent secondés par des bandelettes et un bandage unissant.

A peine la température de la bouche se fut-elle rétablie et communiquée aux parties qu'avait parcourues le bistouri, qu'une hémorrhagie assez forte se manifesta. Je tentai inutilement la compression de l'ar-

tère maxillaire; il fallut tout défaire pour lier trois artérioles assez considérables, après quoi la suture fut faite de nouveau. Le pansement fut le même. (Potion antispasmodique le soir, fièvre, saignée.)

Le quatrième jour, levée de l'appareil, la réunion est commencée; le douzième, elle est terminée, la bouche est régulière, la parole et la mastication faciles, et M. Jaumes, n'ayant qu'une cicatrice linéaire presque imperceptible, reprend des alimens solides et toutes ses habitudes.

Réflexions. Outre que ce nouveau fait confirme les éloges que nous avons donnés au procédé de M. Roux, il apprend encore qu'ici, comme dans les amputations, si une hémorrhagie survient, on peut sans inconvénient enlever l'appareil et aller lier l'artère. Mieux vaut encore appliquer avec soin des ligatures sur tous les vaisseaux, à mesure qu'on les ouvre.

Si nous voulions rappeler tous les cas cités par M. Roux, nous pourrions parler aussi d'un malade chez lequel le cancer s'étant reproduit après une première opération, il fallut élever un second lambeau aux dépens de la peau du cou. «Depuis un » an et demi que j'ai pratiqué cette opération, dit ce » chirurgien, je me suis souvent assuré que la » tête jouissait de toute sa liberté dans les mouve- » mens d'élévation, et si jamais j'étais dans le cas » d'élever un troisième lambeau, je ne craindrais » pas de le faire, tant j'ai appris à compter sur l'ex- » tensibilité des tégumens. Rien de plus facile que » de les déplacer, pourvu qu'on les sépare des par-

» ties subjacentes par une dissection bien faite.
» D'ailleurs, le déplacement de la peau sans former
» de lambeau à pédicule joint à la facilité de l'o-
» pération la rapidité de la guérison. Le point
» fondamental de ce mode opératoire consiste à
» circonscrire la lésion organique au moyen d'un
» certain nombre d'incisions que l'on puisse af-
» fronter ensuite de manière à ne laisser que des
» cicatrices linéaires. »

Ce langage, quoique simple, porte avec lui le ton d'une douce conviction, et si l'on pouvait élever le moindre doute sur la véracité des faits (chose que nous ne pensons pas), la réserve seule avec laquelle s'exprime M. Roux suffirait déjà pour les dissiper. Nous n'avons qu'un seul reproche à faire à ce jeune et habile opérateur, c'est celui de ne pas avoir assez insisté sur l'importance du procédé opératoire dont il a été le premier à donner l'idée. Il ne suffit pas toujours de penser juste, il est des cas où il convient encore de produire et reproduire sa pensée.

Revenons à l'opération du bec-de-lièvre proprement dite:

7°. Si le bec-de-lièvre n'existait jamais qu'à l'état de simplicité, disions-nous, les avantages de la réunion immédiate se réduiraient à peu de chose; mais le vice de conformation s'étend quelquefois plus loin, et il existe en même temps un écartement des os maxillaires et palatins, ce qui gêne plus ou moins la déglutition et l'articulation des sons. Or, l'expérience a appris qu'il suffisait de réunir

les bords de la division congéniale, pour provoquer le rapprochement des pièces osseuses. Parmi les faits de cet ordre que nous pourrions indiquer, nous nous contenterons d'un seul, que nous irons puiser dans les *Œuvres* de Desault.

Trente-deuxième observation.

Un enfant fut amené à l'Hôtel-Dieu de Paris avec un bec-de-lièvre compliqué d'un écartement d'un demi-pouce à la voûte palatine; la déglutition était extrêmement gênée, et la prononciation difficile au point qu'il rendait des sons à peine articulés.

L'opération n'offrit aucune difficulté, et au bout de dix jours la lèvre fut complétement réunie; à cette époque, la fente palatine, examinée pour la première fois, fut trouvée diminuée de moitié. L'enfant, moins embarrassé pour s'exprimer, avalait aussi presque sans gêne. Le quinzième jour, la fente était peu apparente; le vingt-septième, les bords étaient réunis au point de laisser à peine une trace de leur séparation. La facilité entière de s'exprimer fut un peu plus longue à revenir que la cause qui l'empêchait ne l'avait été à se dissiper (1).

Réflexions. Comment nier ici les bienfaits de la réunion immédiate? On dirait que la nature, jalouse des succès de l'art, a voulu manifester aussi sa toute-puissance; mais il faut que le chirurgien commence et lui trace la route qu'elle doit parcourir.

---

(1) *Œuvres chirurgicales* de Desault, tome II, page 204.

De la staphyloraphie.

1°. L'écartement qui existe entre les os maxillaires et palatins peut se continuer jusqu'au voile du palais, de manière à ce que cette cloison musculo-membraneuse se trouve divisée à peu près comme la lèvre supérieure : de là, nouvelles difficultés pour la déglutition et pour l'articulation des sons.

Jusqu'à ces dernières années, ce vice congénial avait été considéré comme étant au dessus des ressources de l'art, et les personnes qui en étaient atteintes se voyaient vouées, pour le reste de leurs jours, à conserver leur infirmité. Cependant, au milieu des progrès de la chirurgie moderne, M. Græffe, chirurgien à Berlin, imagina de rafraîchir les bords de la division et de les affronter à l'aide de la suture entrecoupée. Les succès qu'il obtint réveillèrent bientôt l'attention des chirurgiens des autres pays, et l'on vit plusieurs opérateurs habiles s'en occuper presque en même temps. Le professeur Roux, de Paris, fut surtout un des premiers à s'approprier ce mode opératoire; s'il faut même s'en rapporter à cette bonne foi dont il a si souvent donné des preuves, il en aurait eu l'idée avant de connaître les essais du chirurgien prussien.

Quoi qu'il en soit, de ce concours d'efforts il en est résulté une acquisition chirurgicale toute nouvelle, et la staphyloraphie occupe déjà une place distinguée dans l'histoire de la chirurgie de notre siècle. Ne nous faisons cependant pas illusion sur

les chances de succès qu'offre cette opération; la profondeur à laquelle il faut agir, la ténuité des lambeaux à mettre en contact, le degré d'exactitude qu'exige leur rapprochement, les mouvemens presque involontaires qu'exécute souvent le voile du palais sont tout autant de circonstances capables d'entraver la réunion. Deux fois nous avons vu pratiquer la staphyloraphie par M. Roux, à l'hôpital de la Charité, et malgré toute la dextérité avec laquelle les deux opérations ont été faites, aucune d'elles n'a réussi : toujours les anses de sutures ont déchiré les parties molles qu'elles embrassaient. Dans l'une, une hémorrhagie survenue à l'occasion de l'incision transversale de la partie supérieure du voile du palais a provoqué des mouvemens de déglutition qui ont dû s'opposer à la réunion; dans l'autre, les mouvemens convulsifs qu'entraînent le hoquet et les envies de vomir ont encore produit le même effet (1).

---

(1) La première opération fut faite, le 24 octobre 1828, sur le nommé Thomas Parisis, âgé de vingt-six ans, né à Réalcamp, département de la Seine-Inférieure ; la seconde, chez le nommé Chéron (Jean-Baptiste), âgé de dix-huit ans, natif de Saint-Germain-en-Laye. L'opération fut pratiquée le 25 décembre de la même année.

Nous nous abtenons à dessein de rapporter les détails relatifs à ces deux opérations ; mais disons ici, pour une bonne fois, que quand nous donnons le résumé d'un fait, c'est que nous en avons l'historique bien détaillé.

Depuis ces deux opérations, M. Roux a réussi plusieurs fois; avant, il avait obtenu un assez grand nombre de succès.

2°. Rarement, une opération arrive du premier coup à son plus haut degré de perfection ; les essais qu'on en fait apprennent tôt ou tard à en modifier l'exécution, et l'art s'enrichit peu à peu de ses propres fautes. Ainsi, l'on s'est aperçu que, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la solution de continuité, et prévenir la déchirure du voile du palais, il fallait faire tout près du bord libre des lambeaux une incision dans le sens de leur diamètre vertical. Dès lors, en supposant même qu'il survienne du gonflement, la distension se fait aux dépens de l'écartement des lèvres de cette plaie, et les sutures n'ont plus l'inconvénient de tirailler les parties qu'elles embrassent. Dès que l'inflammation est tombée, la coarctation a lieu, et il ne reste plus aucune trace des incisions latérales.

Ces incisions, jointes à celles que l'on pratique ordinairement à la partie supérieure du voile du palais, en longeant la portion horizontale des os palatins, peuvent, en effet, rendre plus aisée la coaptation des lambeaux, et assurer par cela même le succès de l'opération.

Cette modification n'est probablement pas la seule que doive subir l'opération de la staphyloraphie : en attendant, félicitons-nous de cette conquête chirurgicale, et ne perdons pas de vue les conditions au prix desquelles on peut l'obtenir. La suture et la réunion immédiate, voilà tout ce qu'il faut pour triompher (1).

---

(1) Il est certain, dit M. Roux, que l'écartement des deux

ARTICLE IV.

OPÉRATION DE LA HERNIE.

1°. L'opération de la hernie, considérée dans ses mille variétés, est une de celles qui prouvent de la manière la plus forte l'influence que l'étude de l'anatomie peut exercer sur le perfectionnement des procédés opératoires; mais ici s'ouvre un nouveau champ d'étude. Il ne s'agit plus d'examiner la position, la forme, la texture ou les rapports naturels d'un ou de plusieurs organes, il faut tenir compte tout à la fois et des déplacemens que les parties ont éprouvés, et des altérations qu'elles peuvent avoir subies. C'est, en un mot, une application continuelle des connaissances puisées dans l'anatomie descriptive, l'anatomie chirurgicale et l'anatomie pathologique. Quand on saura que le célèbre

---

moitiés de la voûte palatine est un grand obstacle non pas à l'exécution, mais au succès de la staphyloraphie. Puisqu'il en est ainsi, ne pourrait-on pas, par une action prolongée sur les dents ou sur les arcades alvéolaires, avant que ces os aient acquis toute leur solidité, obtenir le rapprochement des deux parties de la voûte palatine? On ramènerait ainsi ce vice de conformation à la forme la plus simple, et on pourrait alors pratiquer la staphyloraphie avec les mêmes chances de succès que dans le cas d'un écartement partiel et peu étendu des os du palais : c'est à quoi Levret, Jourdain et Autenrieth avaient déjà pensé. (*Archives de médecine*, tome VII, page 537.)

Ce mode de traitement a été employé avec succès tout récemment par MM. Pointe de Lyon et Maunoir de Genève.

Arnaud, qui consacra tant d'années de sa vie à l'étude des hernies, disait n'avoir jamais trouvé, dans sa pratique, deux cas parfaitement semblables, on pourra se faire une juste idée de l'étendue des difficultés que présentent ces maladies.

2°. Au point où en sont les choses, on ne peut plus se contenter de ces notions légères à l'aide desquelles on se croyait jadis appelé à faire les opérations: aujourd'hui, pour cultiver la chirurgie avec avantage, il faut connaître le corps humain dans ses détails comme dans son ensemble, dans ses formes physiologiques comme dans ses formes anormales, dans son état embryonnaire comme dans son état de développement. Ce besoin, que nous exprimons, a été tellement senti que les hommes qui professent l'anatomie dans les grandes écoles ont modifié depuis peu leur enseignement. Déjà, nous avions vu le professeur Dubreuil introduire cette heureuse réforme à la Faculté de Montpellier et en obtenir les succès les plus encourageans (1). Plus tard, nous avons suivi à Paris les leçons du professeur Cruveilher, et le résultat nous a paru être le même. Encore quelques années, et l'enseignement de l'anatomie sera parfait en France. Quand l'impulsion est une fois donnée par les bons esprits il faut que la révolution s'opère (2).

---

(1) Qu'il est doux, en rendant hommage au talent, de pouvoir en même temps satisfaire aux besoins du cœur!

(2) Plusieurs ouvrages remarquables se rattachent à cette

3°. L'opération de la hernie inguinale (car c'est celle que nous prendrons pour type) remonte jusqu'à Franco : avant lui, le défaut de lumières sur le mécanisme de ces hernies, sur les tuniques qui les enveloppent, sur les rapports de situation et de connexion entre les viscères déplacés, le cordon spermatique et le sac herniaire, avaient toujours égaré les chirurgiens. Pour la cure de la hernie inguinale simple, on avait recours aux moyens les plus barbares, tandis qu'on laissait périr les malades atteints de hernie étranglée. Franco sentit le premier la nécessité de remédier à l'étranglement par une opération qui, en débridant l'anneau, mît les parties déplacées à l'abri de la compression; mais qu'il y avait loin de ce mode opératoire à la manière dont Scarpa, par exemple, envisage cette même opération! L'anatomie pathologique et l'anatomie topographique seules pouvaient fournir les moyens de remplir cette lacune.

A travers les erreurs dans lesquelles le défaut des connaissances anatomiques entraîna souvent les anciens, on ne peut s'empêcher de voir avec plaisir le soin avec lequel ils rapprochaient les bords de la plaie qui résultait de l'opération. Au dire de Sabatier, dont l'ouvrage renferme un grand nombre de documens historiques, Franco était

---

époque : tels sont ceux de MM. Meckel, Blandin et Velpeau, qui, quoique jeunes encore, ont su, par leurs travaux, prendre rang parmi les anatomistes les plus distingués.

dans l'usage d'avoir recours à la suture (1). Rousset, qui écrivait en 1580, recommande le même procédé. Ambroise Paré, Pigrai et Thévenin tiennent le même langage. Enfin, ce n'est que sur la fin du dix-huitième siècle qu'on commença à se servir d'une tente, que l'on portait à travers l'anneau jusque dans la cavité du bas-ventre, et que l'on ôtait lorsque la suppuration était bien établie. L'effet qu'on en attendait, dit l'auteur de la *Médecine opératoire*, était d'empêcher que les parties se déplaçassent de nouveau, et de conserver une voie par laquelle les écoulemens intérieurs pussent se faire avec facilité

Cette dernière méthode, modifiée par Petit et plusieurs autres praticiens, fut ensuite assez généralement adoptée, nous ne saurions trop dire pourquoi. Cependant Mertrud, membre du Collége de chirurgie de Paris, écrivait encore, en 1745, que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut être regardée comme une plaie simple, et ne demande que la réunion. Si on en rapproche les bords sans y introduire ni tente, ni pelote, ni bourdonnet, le malade sera, dit-il, guéri en sept ou huit jours, au lieu de six semaines ou deux mois, et quelquefois plus, que l'on emploie ordinairement, et par là on évitera toutes les douleurs que causent de si longs et de si fâcheux pansemens. Leblanc partage entièrement ces idées (2), et le professeur Sabatier

(1) *Médecine opératoire*, tome II, page 361.
(2) *Nouvelle méthode d'opérer les hernies*, page 83.

s'exprime à cet égard en ces termes : *Il est certain que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut, en quelque sorte, être considérée comme une solution de continuité faite aux parties saines. Il n'y a rien de mieux à faire que d'en rapprocher les bords* (1).

4°. Tels étaient, en effet, les principes que nous avions puisés dans les leçons du professeur Delpech, lorsque, dans son grand ouvrage de chirurgie clinique, publié en 1828, il a manifesté pour la première fois des idées contraires. Ce changement, survenu tout à coup dans sa manière de voir, ne nous a point surpris ; car nous l'avons vu souvent, dans l'intérêt seul de la science, faire le sacrifice de ses opinions les plus chères. Mais désirant connaître la raison de sa pensée, voici ce que nous avons lu :

« Lorsqu'après l'opération de la hernie on a recours à la réunion immédiate, il se fait dès les premiers jours un épanchement pseudo-membraneux dans le sac herniaire, qui pourrait faire craindre à des gens inexpérimentés que les parties fussent déplacées de nouveau. Cette tuméfaction, comme celle qui suit l'opération de l'hydrocèle par l'injection, diminue, durcit et se dissipe. Elle atteste l'union des parois du sac herniaire. Mais cette union, qui se relâche beaucoup avec le temps, est purement celluleuse et ne peut opposer une résistance

(1) *Médecine opératoire*, tome II, page 363.

aux viscères, qui tendent à se déplacer. Cette adhérence peut même être partielle, en sorte que le déplacement des viscères venant à se reproduire, ces derniers peuvent trouver dans le sac des brides, des collets, des compartimens, toutes dispositions très propres à les gêner, à les embarrasser, sinon à les étrangler.

Lors, au contraire, que l'on garnit le collet et toute la cavité du sac herniaire de tampons de charpie, en provoquant l'inflammation suppurative, on provoque aussi la formation du *corps fibreux*, lequel, par sa coarctation progressive, efface la cavité du sac en rapprochant ses parois, et oppose toute sa force à la tendance des viscères à un nouveau déplacement. Aussi, après des pansemens prolongés et soignés, on observe que la reproduction de la hernie ne se fait que lentement, qu'un bandage bien fait peut la prévenir totalement; tandis qu'après la réunion immédiate la hernie reparaît presque aussitôt, malgré le soin de ne quitter jamais le bandage. Il paraît donc rationnel de préférer la conduite propre à provoquer la formation des inodules (1).

Pour résoudre cette question, il ne faut pas, ce nous semble, avoir égard seulement au résultat définitif de l'opération; on doit aussi faire entrer en considération les accidens qui peuvent provenir de l'un ou de l'autre mode de pansement. En effet, n'est-il pas à craindre qu'en livrant à la suppuration

(1) *Clinique chirurgicale de Montpellier*, tome II, page 443.

le sac herniaire resté au dehors, l'inflammation se propage jusqu'au péritoine, et donne lieu à une péritonite mortelle? Presque tous les malades qui succombent à la suite de la herniotomie meurent de cet accident. Quoi! avant de pratiquer l'opération et après l'avoir terminée, nous allons réunir tous nos efforts pour étouffer l'inflammation; et au moment du pansement, nous ferions précisément tout ce qu'il faut pour provoquer la phlogose! Quand un malade atteint d'une hernie étranglée réclame nos soins, il ne nous demande pas de le débarrasser pour jamais de l'infirmité qu'il porte; avant tout, il s'écrie qu'on l'arrache à la douleur ou à la mort.

Trente-troisième observation.

Hernie crurale. — Étranglement. — Opération. — Réunion immédiate. — Adhésion des lèvres de la plaie le quatrième jour. Le huitième, la malade sort.

Le docteur Martin, professeur d'anatomie à l'École secondaire de Marseille, fut appelé, il y a environ six mois, pour voir, au village Saint-Henry, une femme, âgée de soixante-cinq ans, sujette depuis plusieurs années à une hernie crurale du côté droit, qu'elle maintenait assujettie par un bandage. Dans un violent effort qu'avait fait la malade, l'intestin s'était échappé à travers l'anneau, et toutes les manœuvres que l'on avait tentées pour le réduire avaient été vaines.

Les symptômes d'étranglement persistant, l'opération fut pratiquée : elle n'offrit rien de particu-

lier. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus par trois points de suture, un bandage inguinal recouvrit le tout.

A la levée du premier appareil, qui eut lieu le quatrième jour, la réunion de la plaie était intime; les fils furent coupés et retirés; les trous faits aux tégumens se cicatrisèrent, et au bout de huit jours la malade sortait et commençait à vaquer à ses occupations.

Réflexions. Est-il rien de plus simple et de plus satisfaisant que le résultat de cette opération? En supposant que la hernie dût se reproduire, la malade ne serait-elle pas suffisamment dédommagée par la rapidité de la guérison? Est-on, d'ailleurs, bien sûr que, dans tous les cas où l'on réunit la plaie, la hernie doive reparaître, et que l'on puisse au contraire se mettre à l'abri de cet accident en ayant recours à la réunion secondaire? C'est là une double question qu'il importe encore d'éclaircir.

Déjà, à Montpellier, nous avions cherché à lever les doutes qui nous restaient à cet égard; mais comme l'opération de la hernie y est très rare, nous en étions parti sans savoir trop à quelle idée nous arrêter. Depuis lors, nous avons saisi toutes les occasions que pouvaient nous offrir la capitale et les hôpitaux nombreux que nous avons visités, et nous en sommes enfin venu à reconnaître que, quel que soit le mode de pansement auquel on donne le choix, l'opération de la hernie met rarement à l'abri de la récidive.

« Le retour fréquent de la hernie, dit Lawrence,

» doit être principalement attribué à l'agrandisse-
» ment de l'anneau par l'incision (1). » Si cette condition locale existe, il n'est rien hors de l'abdomen qui puisse opposer une résistance capable d'empêcher les viscères de sortir. Quand on pense que la masse entière du tube intestinal, même une partie de l'estomac ont pu passer peu à peu à travers l'anneau inguinal, et venir se loger dans un scrotum énorme formé aux dépens de la peau du périnée et de la partie interne des cuisses, *est-il bien sûr qu'un peu de tissu fibreux, engendré par la suppuration, puisse, à lui seul, empêcher une petite anse d'intestin de passer à travers l'anneau?* Pourquoi donc voit-on tant d'éventrations à la suite des plaies pénétrantes de l'abdomen qui n'ont pas été réunies?

Nous ne manifestons ces doutes que parce que M. Delpech n'a peut-être pas encore assez souvent constaté par l'examen cadavérique les faits sur lesquels il a établi son opinion. Nous en jugeons par le peu de temps depuis lequel il a changé de manière d'agir et par la rareté de l'opération de la hernie dans le pays qu'il habite. S'il en était autrement, nous n'aurions rien à lui opposer; car nous respecterons toujours les faits, et plus encore ceux sortis de la bouche de nos maîtres.

Toutefois, avouons que Scarpa semblerait assez partager, sous un rapport, les idées du professeur de Montpellier : *Si la tumeur est assez volumineuse*

(1) *Traité des hernies*, page 258.

et ancienne, dit le chirurgien de Pavie, *il vaut mieux laisser suppurer la plaie, et favoriser ainsi le développement des bourgeons charnus dans son intérieur* (1). Mais Scarpa ne pense pas qu'il faille agir ainsi dans tous les cas.

Quant à la reproduction constante de la hernie après la réunion immédiate, nous avons quelques raisons de penser qu'elle n'a pas toujours lieu : outre que le raisonnement seul fait entrevoir la possibilité d'une cure radicale, l'expérience le prouve.

Trente-quatrième observation.

Hernie crurale. — Symptômes d'étranglement. — Herniotomie. — Réunion immédiate par la suture. — Cessation des accidens. — Guérison rapide. — Deux ans après, la hernie ne s'est pas encore reproduite.

Bernade Josse, âgée de trente ans, ayant fait une chute du haut d'un escalier, éprouva des douleurs violentes dans le ventre et un malaise général. Dix heures après l'accident, les douleurs augmentent, elle porte la main au pli de la cuisse, et y trouve une tumeur fort douloureuse au toucher. Le volume de cette dernière s'accroît, les douleurs se propagent au reste de l'abdomen; vers le soir, il survient des vomissemens et des lipothymies, et l'on se décide enfin à transporter la malade à l'hôpital le 20 mars 1827, quarante-huit heures après l'accident.

---

(1) Addition au mémoire *sur les complications des hernies inguinale et scrotale*, page 24.

Abdomen ballonné, tendu, fort douloureux; pouls petit; vomissemens; hoquet; le taxis avait été pratiqué plusieurs fois, mais en vain. La peau qui recouvrait la tumeur était rouge et enflammée. Les accidens allant toujours croissans, M. Rolland pratiqua l'opération.

L'incision fut pratiquée parallèlement au ligament de Fallope, de manière à dépasser la tumeur d'un demi-pouce en dehors et en dedans. Les enveloppes extérieures et le sac ayant été incisés selon les règles de l'art, l'intestin se trouva à découvert. Le doigt de l'opérateur, porté vers la partie supérieure, reconnut que l'étranglement était produit par la tension du ligament de Gimbernat. Le débridement fut donc fait en rasant le pubis; mais l'ouverture n'étant pas encore assez suffisante pour permettre la rentrée de l'intestin déjà bien enflammé, M. Rolland se vit obligé de débrider légèrement le ligament de Fallope, en dirigeant le tranchant de l'instrument en haut et un peu en dedans. Par ce moyen, la réduction fut rendue très facile.

La plaie fut réunie par première intention à l'aide des bandelettes adhésives : des plumasseaux, des compresses et le spica complétèrent l'appareil. La malade fut mise au lit, les cuisses fléchies sur le bassin.

Le lendemain, douleurs abdominales, pouls petit et fréquent; langue sèche et effilée. (Trente sangsues sur l'abdomen, demi-lavement émollient, fomentations, diète, tisane d'orge.)

Le 22, nuit moins agitée, mais sans sommeil : les

sangsues ont tiré beaucoup de sang; le lavement a procuré l'issue de quelques matières fort dures et arrondies; le pouls acquiert un peu de plénitude.

Le 23, les douleurs ont bien diminué; le ventre devient souple et le pouls moins fréquent; la langue s'humecte, la soif diminue. (Diète, bouillon de poule, levée de l'appareil, la plaie est presque toute réunie.)

24, la malade a dormi et poussé une selle très copieuse; les douleurs abdominales ont presque disparu; elle demande à manger.

26, on lui accorde le quart de la portion; la plaie est totalement fermée.

Le 6 avril, elle sort de l'hôpital.

Je l'ai vue souvent depuis lors, m'écrit M. Rolland, *et quoiqu'elle ne veuille point porter de bandage, la hernie n'a point reparu.*

Réflexions. Ces faits ne sont pas aussi rares que l'on pense : nous avons consulté à ce sujet un grand nombre de praticiens, et tous nous ont dit que, quoique le plus souvent la hernie se reproduise, il il est des cas où la récidive n'a pas lieu. Si donc la réunion secondaire met quelquefois à l'abri de cet accident, la réunion immédiate peut aussi, à son tour, le prévenir (1). Mais quelle différence n'y a-t-il pas entre ces deux modes de pansement sous

---

(1) M. Foullioy, chirurgien en chef au port de Brest, nous a raconté le cas d'un boucher opéré trois fois par M. Duret pour la même hernie; la plaie avait été livrée à l'inflammation suppurative après chaque opération.

le rapport des dangers immédiats que court le malade?

Du reste, malgré cette dernière considération, qui, selon nous, est du plus haut intérêt, nous sommes loin de vouloir proposer la méthode adhésive dans toutes les opérations de herniotomie. Si l'intestin était dans un état d'inflammation tellement profonde que l'on craignît la gangrène, il serait prudent de ménager à la nature une voie d'élimination pour les escarres, les produits inflammatoires et les matières renfermées ou sécrétées par le tube digestif. La doctrine que nous proposons n'est donc ni exclusive ni irrationnelle: d'une part, elle repose sur l'étude attentive des accidens propres à la herniotomie; de l'autre, elle découle des principes déjà émis.

C'est dans un cas de ce genre que nous avons vu le professeur Delpech, à une époque où il s'attachait à réunir la plaie, s'en abstenir avec raison; car une portion de l'anse intestinale fut frappée de mort, et il y eut pendant long-temps un écoulement de matières fécales par la solution de continuité. Ce malade est celui sur lequel le professeur Lallemand fut appelé dans la suite à faire l'application des *pinces de M. Dupuytren* dans le traitement de l'anus artificiel.

En posant cette restriction au principe de la réunion immédiate, nous ne voyons pas ce qu'on pourrait nous opposer. « Il n'y a pas de raison, dit Law-
» rence, pour que les bords de la plaie provenant
» de l'opération de la hernie ne se réunissent pas
» par le procédé de l'adhésion. »

Trente-cinquième observation.

Hernie crurale. — Étranglement. — Symptômes graves. — Opération. — Réunion de la plaie. — Cicatrisation complète le neuvième jour. — La malade se promène le quatorzième.

Madame Plag..., âgée de soixante-douze ans, mais jouissant néanmoins d'une bonne santé, avait, depuis très long-temps, au côté gauche une hernie crurale peu volumineuse, rentrant avec facilité, mais se reproduisant souvent, d'autant que la malade ne portait aucun bandage pour la maintenir. Le 8 février, la tumeur parut à la suite d'un léger effort que fit madame Plag... Quelques tiraillemens, quelques douleurs dans le bas-ventre attirèrent alors son attention, et lui indiquèrent combien il importait de faire rentrer sa hernie : tous ses efforts furent inutiles. Le professeur Delmas fut appelé, et trouva dans la région crurale gauche une tumeur dure, rénitente, ayant le volume d'une grosse noix, déjà très sensible au toucher, mais sans aucun changement de couleur à la peau. D'après le rapport de la malade (c'est l'opérateur qui parle), je reconnus que j'avais à réduire une hernie étranglée; je fis quelques tentatives, mais l'impatience de la malade, et les souffrances qu'elle me disait éprouver me firent renoncer au taxis. Les douleurs aiguës qu'elle éprouvait, quoique l'étranglement fût encore tout récent, l'état du pouls et l'excitation générale me dénotaient une inflammation commençante. (Quinze sangsues, bain général, fomentations émollientes.)

Cinq heures après, je retournai chez la malade, et fis, mais en vain, de nouvelles tentatives. (Bain général, potion calmante, lavemens, boissons adoucissantes.)

A neuf heures du soir, vomissement de matières bilieuses; légère tension du bas-ventre, devenu douloureux; rougeur de la peau, sensibilité extrême. Les vomissemens continuent toute la nuit, et le jour d'après, vers neuf heures du matin, la malade se décide à se faire opérer.

L'intestin, mis à découvert, était d'un rouge brun, offrant quelques adhérences légères et récentes, qui furent facilement détruites avec le doigt. Par ce moyen, l'anse intestinale fut complétement dégagée; elle était rénitente et paraissait bien jouir de la vie. L'anneau crural était fortement tendu et comprimait une anse complète d'intestin grêle.

J'introduisis une sonde cannelée entre le ligament de Gimbernat et l'intestin; dans la rainure de la sonde je glissai le bistouri herniaire de Cowper, et je coupai le ligament de Gimbernat dans une très petite étendue. Je portai de suite le même bistouri à la partie supérieure et moyenne de l'anneau, qui fut incisé peu profondément; l'anse intestinale fut tirée légèrement à l'extérieur, et ce qui se présenta de l'intestin était sain.

La partie étranglée fut lavée avec du vin chaud et réduite bientôt après; je coupai avec les ciseaux une portion du sac herniaire, les lèvres de la plaie furent ensuite rapprochées l'une de l'autre et main-

tenues dans cette position par trois points de suture; un plumasseau enduit de cérat fut appliqué sur la plaie et recouvert par des masses de charpie, le tout contenu par un bandage triangulaire, destiné à exercer une légère compression pour maintenir les lèvres de la plaie appliquées contre le fond. (Diète, eau de veau, fomentations émollientes, potion de Richter.) A cinq heures du soir (l'opération avait été faite vers midi), la malade rendit quelques vents; à neuf heures, éruption nouvelle de quelques gaz; dans la nuit, deux selles abondantes, sueur légère, détente générale, sommeil durant trois heures.

Le 10, pouls presque dans l'état naturel, bas-ventre souple, indolent, nouvelles évacuations dans la journée, nuit calme.

Le 12, on enlève le premier appareil, légère douleur dans la plaie, peu de rougeur, les parties sont déjà agglutinées. Le lendemain, la peau est un peu douloureuse, la portion longitudinale de l'incision est cependant réunie, on enlève un point de suture.

Le 14, la sensibilité de la plaie est nulle et la cicatrice complète; on enlève les deux autres points de suture. Déjà la malade a pris quelques alimens.

Le 15, consolidation de la cicatrice, augmentation en alimens, évacuations alvines faciles. La malade se leva le neuvième jour après l'opération, et comme sa fortune lui permettait de prendre des ménagemens, elle ne sortit que le quatorzième;

mais depuis le neuvième, la plaie n'a plus réclamé aucun soin.

Réflexions. Quelque éclatant qu'ait pu paraître le succès obtenu par M. Martin, celui dont nous trouvons l'exemple dans l'observation ci-dessus n'est pas moins important à noter : ce fait acquiert encore bien plus de prix quand on sait que tel est le mode de pansement adopté par le professeur Delmas, et le résultat qu'il en retire assez généralement. Mais ici deux conditions fondamentales sont nécessaires pour l'obtenir : ce sont l'emploi de la suture et l'application d'un bandage compressif. Le premier de ces moyens sert à maintenir en contact les lèvres de la solution de continuité, l'autre est destiné à effacer la poche qu'occupait la hernie et à appliquer la face interne des tégumens contre le fond. Ce n'est donc pas chose si simple que de combiner à propos l'action de divers moyens : autant la compression est utile à la suite de la herniotomie, autant elle serait préjudiciable après une amputation.

Ce n'est pas seulement à Marseille, à Montpellier et à Toulouse que la réunion immédiate réussit à la suite de l'opération de la hernie. MM. Willaume, à Metz, Foullioy, à Brest, et Gensoul à Lyon suivent aussi cette méthode et en retirent tous les jours de nouveaux succès. Ce dernier, nous écrivant tout récemment à ce sujet, et nous parlant d'un cas de réunion complète obtenue par la suture au bout de huit jours, nous disait : « Je dois avouer » que l'on est rarement aussi heureux, et que le

» tissu cellulaire inguinal déchiré par le taxis sup-
» pure quelquefois. Mais la plaie reste toujours
» moins large et devient plus facile à faire cicatri-
» ser. »

Renonçons donc aux tentatives trop souvent dangereuses de réduction, et la méthode adhésive donnera encore des résultats bien plus satisfaisans; ce n'est pas assez que de réunir immédiatement la plaie, il faut surtout opérer à propos. Que de malheureux la herniotomie n'eût-elle pas sauvés, si toujours elle eût été pratiquée dans un moment opportun!

Ne terminons pas ce que nous avions à dire sur la herniotomie, sans accorder un instant de réflexion au procédé à la fois hardi et ingénieux par lequel le professeur Dupuytren a appris à triompher des anus contre nature. Quoiqu'à la rigueur ce sujet ne soit pas du domaine de la réunion immédiate, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, tandis que les branches des pinces travaillent à l'ulcération de la cloison intestinale, l'adhésion des feuillets du péritoine s'établit sur les côtés. Sans cette assistance de la part de la nature, les efforts de l'art eussent été infructueux, et les matières fécales eussent dû s'épancher sur le péritoine.

Ce procédé opératoire, que l'on a pu considérer dans le principe comme étant d'une difficulté presque insurmontable dans son exécution, est aujourd'hui réduit à des règles tellement fixes, qu'il doit compter dhors et déjà parmi les découvertes les plus importantes de la chirurgie de notre époque.

Nous l'avons vu nous-même réussir entre les mains du professeur Lallemand, et nous ne saurions trop applaudir à la gloire de celui qui en fit le premier l'application (1).

ARTICLE V.

DE LA CASTRATION.

Quelque pénible que puisse être l'ablation du testicule, il est des maladies dans lesquelles ce sacrifice devient inévitable; mais, d'un autre côté, n'en est-il pas où l'on a pratiqué cette opération alors que l'on eût pu s'en abstenir? On en jugera par les quelques réflexions auxquelles nous allons nous livrer.

1°. Malgré tous les travaux récemment écrits sur l'anatomie pathologique, il est beaucoup de chirurgiens pour lesquels le mot *cancer* n'est encore qu'un mot vague et indéterminé; au ton ferme et assuré avec lequel ils en parlent, on croirait d'abord qu'ils ont tous des idées bien arrêtées sur cette maladie; mais quand on les écoute avec attention on est tout surpris de leur langage. Ainsi, en examinant une tumeur soupçonnée cancéreuse, l'un dit qu'il s'agit d'un *squirrhe*, et non d'un *cancer;* l'autre penche très gravement en faveur de l'existence d'un *carcinome*, ou assure même que la *dégénération a à*

---

(1) Le professeur Delpech vient d'imaginer un instrument pour remplir le même but. On en voit le dessin dans le *Mémorial du Midi,* février 1830.

peine commencé, etc., etc. Pour nous, nous conviendrons avec candeur que notre perspicacité, insuffisante peut-être, ne nous a jamais permis de faire toutes ces distinctions : *Jamais nous n'avons pu bien saisir les nuances qui distinguent ces prétendus degrés d'une même maladie, ni discerner le moment où la transformation du tissu s'opère.* Au reste, notre ignorance est excusable, jusqu'à un certain point, car on ne s'est jamais bien expliqué à cet égard.

Nous avons vu un très grand nombre de cancers dans tous les organes, et cette lésion pathologique s'est constamment présentée à nous sous le même aspect, sauf quelques légères variétés : nous avons vu des cancers à l'état natif, offrant à peine le volume d'un petit pois ; nous en avons disséqué de très anciens et de très volumineux, et nous avons toujours trouvé, à peu de chose près, les mêmes tissus. *Tantôt dans les tumeurs commençantes, c'était le cancer mélané ou encéphaloïde; tantôt, dans les tumeurs anciennes, c'était le tissu squirrheux.* Donc le tissu cérébriforme n'est pas plus le dernier degré de la maladie que le tissu squirrheux n'en est le premier.

Quand la mort des malades ou l'ablation des tumeurs nous a permis de constater l'état anatomique des parties, nous avons trouvé, non pas une altération, une transformation des tissus primitifs, mais bien des tumeurs anormales, n'ayant que des relations de contiguité avec les parties circonvoisines et ne leur ressemblant en rien sous aucun rap-

port. Cette disposition n'est pas constante, il est vrai, et l'on voit des cas dans lesquels le tissu cancéreux est, pour ainsi dire, infiltré et confondu de la manière la plus intime avec les organes au milieu desquels on le trouve.

En analysant tous les faits d'amputation du testicule auxquels nous avons assisté, nous sommes resté convaincu que, la plupart du temps, le tissu de cet organe était sain, alors même qu'une tumeur cancéreuse en occupait le centre. Que l'on dissèque avec soin les parties, et l'on trouvera encore les vaisseaux séminifères parfaitement intacts. Il en est ainsi, avons-nous dit, pour les cancers de la glande mammaire : souvent on a exhumé des tumeurs cancéreuses du milieu même de cette glande sans toucher à son tissu, et, plus tard, les femmes devenues mères ont pu donner le sein à leurs enfans. Que ne peut-on en faire autant pour les cancers engendrés dans le testicule !

2°. Faute d'avoir des connaissances précises sur la nature du cancer, n'est-il pas des chirurgiens qui confondent encore de nos jours l'engorgement chronique du testicule avec le sarcocèle, et mutilent ainsi leurs malades pour le plus léger motif? *N'en est-il pas pour lesquels toute tumeur dure, inégale, à douleurs lancinantes, est supposée ne pouvoir être autre chose qu'un cancer, et exige impérieusement l'opération? Si nous avions à prononcer en pareil cas, nous établirions notre diagnostic, non pas seulement sur les symptômes locaux trop souvent équivoques, mais sur l'origine, le mode de développe-*

ment et l'allure du mal. Ce n'est pas tout que de voir et de toucher une tumeur, il faut aussi interroger le passé si l'on veut pouvoir lire dans l'avenir.

3°. Il est une lésion organique du testicule qui peut aussi en imposer quelquefois pour un cancer et dont il importe de dire quelques mots, ce sont les masses tuberculeuses développées dans le tissu de cet organe. Tout le monde connaît la phthisie tuberculeuse, et peu de gens savent que ce même mode d'altération peut affecter les parties sexuelles de l'homme. Que de testicules scrophuleux n'a-t-on pas amputés en croyant enlever des tumeurs cancéreuses ! Nous-même, qui signalons cette erreur, en eussions été la dupe dans le principe. Heureusement nous avons appris ensuite à distinguer toutes ces lésions, et nous avons reconnu *que l'indolence de la tumeur, sa forme bosselée, les abcès dont elle se couvre, la matière qui s'en écoule, le décollement de la peau, les ouvertures fistuleuses en cul de poule qu'elle présente, les cicatrices déprimées qui en résultent, la diminution et la fonte insensible du testicule, le tempérament du malade, l'équilibre presque complet des fonctions*, formaient un ensemble de symptômes auxquels il n'était plus possible de se méprendre. C'est dans ces cas que le muriate d'or à l'intérieur (1) et les bains de mer ont produit des effets presque merveilleux.

---

(1) Comment se fait-il que les préparations aurifiques du docteur Cresthien, qui ont opéré tant de merveilles à Montpellier et dans tant d'autres villes de France, soient à peine con-

4°. Quant au mode de pansement que l'on doit employer après l'ablation du testicule, les esprits ne sont pas encore bien d'accord sur ce point. Il importe cependant d'être fixé.

Dans tous les cas, dit le professeur Roux, nous faisons le premier pansement en remplissant la plaie de charpie; la suppuration s'y établit et nous la laissons guérir par le rapprochement lent de ses bords. Les chirurgiens anglais ne manquent pas, au contraire, d'avoir recours à la réunion immédiate. Voici ce que l'expérience nous apprend à cet égard.

Comme, d'après la manière la plus ordinaire de pratiquer la castration, on conserve les tégumens du scrotum, il résulte de l'opération une plaie assez profonde, dont on ne peut que très difficilement mettre les deux moitiés en contact dans tous les points de leur étendue. Les bords surtout, très lâches et sans soutien, se prêtent très difficilement à une coaptation exacte au moyen des seuls emplâtres agglutinatifs. On aplanirait peut-être les difficultés en pratiquant une perte de substance à la peau, et en se servant des points de suture : c'est précisément ce que font les chirurgiens anglais et ce que j'ai vu faire. Mais il survint un gonflement inflammatoire, les bords de la plaie furent coupés par les fils, et la guérison a dû se faire at-

---

nues des médecins de Paris? Serait-ce encore à l'influence du climat qu'il faudrait attribuer l'inefficacité du remède?

tendre plus long-temps que si l'on n'eût pas tenté la réunion (1).

Commençons par faire observer qu'à la manière dont M. Roux s'exprime, il est facile de voir que son objection ne repose que sur un fait encore même vu incomplétement. Donnons à notre tour connaissance de quelques uns de ceux que nous possédons, et nous verrons bientôt que ce que l'auteur du *Voyage à Londres* a donné comme une règle ne constitue tout au plus qu'une faible exception.

Trente-sixième observation (2).

Cancer du testicule. — Ablation. — Réunion au moyen de la suture. — Aucune espèce d'accident. — Guérison rapide.

Un jeune homme des environs de Revel, département du Tarn, âgé de vingt-trois ans, nous consulta, dans les premiers jours du mois d'août 1826, pour un sarcocèle qu'il portait depuis plusieurs années sans avoir jamais osé en parler à personne.

Le malade, d'une stature assez élevée, avait beaucoup maigri; sa figure, d'une couleur jaune-paille, annonçait un état de souffrance de longue date. Il avait perdu l'appétit et ne dormait que très peu... La tumeur avait à peu près le volume de la tête d'un enfant à terme, la peau qui la recouvrait présentait çà et là quelques ulcérations, et notamment une

---

(1) *Voyage à Londres*, page 21.

(2) Ce fait nous a été transmis par notre ami, M. Pouget, aujourd'hui médecin à Bordeaux.

qui avait détruit une petite partie de la peau de la face inférieure de la verge : le cordon spermatique était sain.

Dans une consultation que nous demandâmes, et où se trouvaient plusieurs médecins de Revel, *nous fûmes le seul à regarder l'opération comme praticable*, et nous en prîmes la responsabilité : en effet, elle fut exécutée le 10 août.

Deux incisions semi-elliptiques partant de la moitié de la face inférieure de la verge, et se terminant à un travers de doigt en avant de l'anus, en comprenant les quatre cinquièmes du scrotum du côté malade, furent pratiquées, la tumeur disséquée, le périnée mis à nu et le cordon coupé.

Huit points de suture placés à la distance d'un travers de doigt l'un de l'autre nous servirent à rapprocher les lèvres de cette énorme plaie, et *à former ainsi un nouveau scrotum au testicule du côté opposé, qui sortait à travers la solution de continuité.* De la charpie, des languettes et un bandage compressif complétèrent le pansement.

Depuis le moment de l'opération jusqu'au cinquième jour, il y eut à peine un léger mouvement fébrile : alors seulement nous enlevâmes les points de suture, *et la réunion était opérée.* Le dixième, les ligatures se détachèrent, et le vingt-cinquième le malade put se rendre à pied de Revel à Sorèze, où M. Balette, médecin du collége, l'examina.

Réflexions. Toutes les fois que nous emprunterons des faits à des élèves sortis de l'école de Montpellier, nous verrons les mêmes résultats se repro-

duire, parce qu'ils ont tous usé des mêmes moyens, et que tous doivent avoir les mêmes succès. Rien en chirurgie n'est propre à donner un juste degré de confiance dans les procédés opératoires, comme la réunion immédiate. Déjà, nous avons vu le docteur Rigal amputer une cuisse presque malgré l'avis des assistans, et réussir parfaitement. Ici, le docteur Pouget, seul parmi ses collègues, ose prendre sur lui la responsabilité d'une opération que les autres regardent comme impraticable, et guérit son malade dans une douzaine de jours. Mais pourquoi cette différence dans la manière de préjuger l'avenir? C'est que les uns, riches de l'expérience de leurs maîtres, avaient placé toutes leurs espérances dans la réunion immédiate, et que les autres n'y avaient pas même songé.

Si l'on se rappelle bien les détails que renferme l'observation, on verra que le docteur Pouget a sacrifié la plus grande partie de la peau qui recouvrait la tumeur : en effet, c'est ainsi que l'on doit se conduire en pareil cas; et quand le professeur Roux a dit *que d'après la manière la plus ordinaire de pratiquer la castration, on conserve les tégumens*, il a mal interprété la conduite des chirurgiens : il aurait pu lui-même s'en convaincre en se rappelant ce qu'il avait vu faire en Angleterre. La partie de l'objection qui se rattache à cette circonstance du *Manuel opératoire* devient donc nulle par le fait.

Relativement à l'engorgement inflammatoire et à la section des bords de la plaie par les fils de la

suture, nous n'en nions pas la possibilité; mais l'exemple que nous venons de citer prouve au moins que cet accident n'est pas constant. Quand, en outre, nous aurons dit à M. Roux que nous possédons plus de vingt cas d'amputation du testicule dans lesquels la suture a toujours rendu les plus grands services, il ne lui sera plus permis de douter. Si cependant les faits recueillis à Montpellier ne lui suffisaient pas, nous ajouterions que MM. Viguerie à Toulouse, Moulaud à Marseille, Willaume à Metz, Gensoul à Lyon emploient tour à tour les mêmes moyens et réussissent tous également. C'est en effet dans l'amputation du testicule que la suture devient plus que jamais indispensable.

En lisant l'observation du docteur Pouget, on aura dû remarquer encore qu'après l'ablation du testicule malade, celui du côté sain sortait à travers les lèvres de la plaie. Or, quel moyen restait-il pour recouvrir cet organe, si ce n'est la suture? Fallait-il le laisser suspendu au milieu de la plaie et le livrer à l'inflammation? Cette circonstance nous rappelle l'un des plus beaux exemples que l'on puisse voir en fait d'amputation de la verge, et pour laquelle il fallut fendre tout le scrotum et détacher les corps caverneux jusque sur les branches de l'ischion. Après l'opération, les deux testicules sortaient à travers la plaie, et ne purent être ramenés dans leur position qu'à la faveur de plusieurs points de suture : la guérison fut cependant très prompte. Ainsi quand M. Roux a dit « que la plaie provenant de la castra-
» tion ne guérit jamais qu'après un même laps de

» temps, soit qu'on ait pratiqué ou non la réunion, » il a énoncé un fait qui se trouve tous les jours démenti par l'observation. Celui puisé dans la clinique du professeur Lallemand pourrait seul servir de preuve.

5°. Ce n'est voir la question que par un côté que de repousser les argumens portés contre la réunion immédiate à l'occasion de l'amputation du testicule; signalons les dangers que nous trouvons à laisser suppurer la plaie.

En soumettant à l'inflammation suppurative le tissu cellulaire sous-scrotal, il est à craindre que la phlogose ne s'étende de proche en proche à tout le tissu cellulaire sous-cutané abdominal, ou même à celui du petit bassin, et ne donne lieu à des accidens très graves. La mort en a été la conséquence.

Si l'inflammation est vive, l'extrémité du cordon spermatique, se trouvant au centre du foyer inflammatoire, participera plus ou moins à cet état, et les liaisons anatomiques qui l'unissent au système ganglionnaire pourront donner naissance, à leur tour, aux symptômes les plus fâcheux.

Le péritoine, cette membrane séreuse si vaste et si propre à concevoir le mode inflammatoire, ne mérite-t-il pas aussi quelques considérations? Il est des cas dans lesquels l'engorgement du cordon s'étend si loin qu'il faut ouvrir le canal inguinal et arriver presque dans le bas-ventre. Peut-on croire qu'il soit alors indifférent d'établir un centre de phlogose dans le voisinage de cette cavité? N'est-ce pas ajouter gratuitement une nouvelle chance de danger à l'opération? Trop de malades succombent déjà aux

suites de la péritonite, sans donner à cette terrible maladie un nouveau motif d'éclater. *Il n'existe peut-être pas dans les annales de la science un fait aussi concluant que celui que nous allons narrer.*

Trente-septième observation.

Cancer très volumineux s'étendant jusque dans le bas-ventre. — Ablation complète. — Lésion du péritoine. — Issue d'une portion de l'artère épigastrique. — Réunion par la suture. — Adhésion partielle des lèvres de la plaie. — Aucune espèce d'accident grave. — Guérison complète.

Louis Reillet, âgé de trente-six ans, fut reçu à l'hôpital Saint-Éloi le 6 décembre 1828. Il racontait alors qu'ayant voulu franchir une cuve dans son atelier de brasseur, il tomba à califourchon sur l'un des bords; il s'ensuivit une forte contusion du testicule droit. La douleur fut vive et suivie d'engorgement, mais le malade put continuer ses travaux.

La résolution se fit d'une manière incomplète, le testicule conserva une partie de son intumescence; il augmenta ensuite, mais d'une manière insensible et sans de bien grandes souffrances.

En janvier et février 1828, le malade garda le repos; il travailla peu jusqu'au mois de septembre, et cependant la tumeur ne cessa pas de s'accroître sans porter aucun trouble dans les fonctions. Alors la tumeur acquit un grand développement dans le sens de l'épaisseur, elle empiéta sur la verge et s'y fixa, en la déplaçant et la portant notablement à gauche.

Louis Reillet s'adressa à un médecin qui, ayant jugé l'engorgement vénérien, quoique le malade

n'eût jamais éprouvé aucun symptôme de cet ordre, le soumit à l'usage du deuto-chlorure de mercure, dont il consomma environ vingt grains. La maladie n'en fut pas moins son train, et les douleurs acquirent même un nouveau degré d'intensité. Un autre médecin prescrivit alors les cataplasmes émolliens et les bains; ce qui n'empêcha pas la tumeur de faire de nouveaux progrès.

Au moment que le malade entra à l'hôpital, il était pâle et amaigri, sans altération sensible dans la couleur de la peau. Il dormait assez paisiblement, avait de l'appétit et digérait les alimens qu'il prenait. Sur le matin et durant la journée, il éprouvait des douleurs vives, lancinantes, brûlantes, qui, partant du côté droit du scrotum, allaient finir à la région lombaire droite.

La tumeur testiculaire avait le volume de la tête d'un fœtus humain de six à sept mois; elle était sphéroïde avec un prolongement supérieur : son côté gauche présentait une rainure profonde, dans laquelle la racine et le corps caverneux de la verge étaient ensevelis. On distinguait, par le toucher, que le canal de l'urètre et le corps caverneux étaient libres; mais le droit ne pouvait être nullement distingué. La tumeur était, en outre, assujettie sur le bassin, non pas de manière à ne pouvoir subir quelques légers déplacemens latéraux, mais à ne pas tomber dans le fond du scrotum. Elle offrait quelques bosselures en devant et en bas, et elle était d'une telle dureté qu'on ne pouvait reconnaître le point où répondait la substance du testicule.

Le prolongement supérieur se propageait en dé-

croissant insensiblement de volume, *à travers le canal inguinal jusque sur la marge du bassin. Là il se divisait en deux parties, dont l'une se prolongeait dans le petit bassin, et l'autre se portait dans la fosse iliaque.* Le relief de ce prolongement cancéreux se montrait à l'œil, et pouvait être d'autant mieux apprécié par le toucher, que le malade était très maigre. *Nulle part on ne sentait d'autres tumeurs.*

La peau qui recouvrait le tout était mince et adhérente dans la partie antérieure; dans tout le reste, elle était saine et libre. En pressant fortement la tumeur, on causait une douleur d'abord légère, et qui acquérait plus d'intensité quelque temps après. *La respiration était libre, le malade n'avait ni oppression ni toux.* Le pouls était fréquent et vif. Le soir, il y avait quelques légers frissons et, la nuit, un peu de chaleur. Le 8 octobre, l'opération fut exécutée comme nous allons l'indiquer (1).

Une grande incision s'étendit d'un seul trait de trois pouces au dessus de l'anneau inguinal, dans l'axe du canal de ce nom, jusqu'à la face postérieure du scrotum, passant près de la verge. Une seconde, se confondant avec les extrémités de la première, s'en écartait de trois pouces dans sa partie moyenne, et comprenait dans cet espace toute la portion de la peau du scrotum qui avait eu du rapport avec la tumeur. Ces deux sections furent poussées perpen-

---

(1) *Mémorial des hôpitaux du midi,* février 1829. L'observation a été recueillie par M. Lafosse, chef de clinique chirurgicale.

diculairement jusqu'au tissu propre du cancer. La lèvre interne de la première, et l'externe de la seconde furent disséquées assez près de la tumeur, pour ne pas sacrifier inutilement le tissu cellulaire sain. Cette dissection fut assez aisée en dehors, plus difficile en dedans, par les rapports de la tumeur avec la verge. Cette dernière partie était ensevelie dans une rainure très profonde du côté interne de la tumeur, et celle-ci surmontait le membre viril par toute la saillie que son volume donnait à la région antérieure. Pour manœuvrer à l'aise et ne rien donner au hasard, l'opérateur prit le parti d'enlever la moitié antérieure de l'épaisseur de la masse, ce qui fut fait aisément et sans hémorrhagie. Après cette ablation, la dissection devint moins difficile : d'abord on essaya de glisser les doigts entre le corps caverneux droit et le point correspondant de la tumeur, la chose fut praticable. La région postérieure fut mieux isolée ensuite de la paroi postérieure du scrotum et de la région antérieure de l'os pubis.

L'opérateur ouvrit alors la paroi antérieure du canal inguinal et celle de l'abdomen dans une étendue de deux pouces et successivement de trois. Le prolongement supérieur externe du cancer ne put être découvert en entier qu'à ce prix ; mais il fut évident en même temps qu'on ne pourrait disséquer par cette voie le prolongement supérieur interne, qui semblait suivre le canal déférent. En disséquant la face postérieure de la tumeur, on avait aisément découvert l'os pubis, l'arcade crurale; on avait même aperçu l'angle inférieur de l'anneau. Le tissu cellu-

laire était moins altéré de ce côté, il devait offrir quelques facilités pour cette partie périlleuse de l'opération; et celle-là, une fois accomplie, le reste devait devenir d'une exécution moins pénible. On renversa donc la masse entière sur l'abdomen, et la faisant tirer en haut et en dehors, au moyen d'une double érigne, mouvement qui fut rendu plus facile par la section déjà faite à la paroi antérieure du canal inguinal, l'opérateur obtint un espace fort commode, par lequel il put plonger réellement dans le bassin avec le prolongement de la tumeur qu'il poursuivait. Dès les premiers progrès de la dissection, *l'artère épigastrique fut reconnue embrassant en sautoir la face profonde de la masse cancéreuse;* il était impossible d'aller plus loin sans risquer de la blesser. *On prit donc le parti d'y faire deux ligatures*, et de la couper au milieu; après quoi, il fut aisé de pousser la dissection au point nécessaire, et *de couper très bas le canal déférent, véritable pédicule de cette partie du cancer.*

Dès lors il fut plus facile de disséquer le prolongement supérieur externe qui suivait les vaisseaux testiculaires dans la direction de la marge du bassin; mais par son côté interne il s'agissait de le séparer du péritoine, ce qui ne pouvait être fait qu'avec les doigts. *Dans un point peu étendu, cette membrane était identifiée et inséparable de la tumeur, l'opérateur en fit le sacrifice. Aussitôt une partie de l'épiploon se présenta;* elle fut réduite et contenue par le doigt d'un aide pendant le reste de l'opération. Le dernier prolongement du cancer fut enfin

dégagé, *et les diverses parties constituant le cordon testiculaire coupées lentement et successivement tendues sur le doigt indicateur du chirurgien, afin de lier exactement tous les vaisseaux artériels. Il s'y trouva deux artères spermatiques, dont une volumineuse et hypertrophiée.*

L'opération terminée, on revint au corps caverneux droit, pour l'examiner plus à l'aise; on enleva une couche de la masse cancéreuse qui y était demeurée attachée, et le mode de sa séparation fit juger que les adhérences de la tumeur étaient purement inflammatoires.

Dans le cours de l'opération, on avait lié deux artères honteuses externes ou scrotales, et la dorsale droite de la verge. On rechercha ensuite scrupuleusement tous les vaisseaux qui pourraient réclamer le même soin, on n'en découvrit que deux. Toutes les ligatures furent coupées court, excepté celles de l'épigastrique et des deux spermatiques. *On réunit les deux bords de cette vaste plaie par des points de suture entrecoupée placés de pouce en pouce.* On s'abstint d'appliquer des bandelettes adhésives, les formes de la région qu'occupait la tumeur que l'on venait d'enlever les eussent rendues inutiles. On y suppléa par une compression générale et modérée, exercée par des tas de charpie et un bandage imité du double spica. Immédiatement après, on donna à l'opéré la moitié d'une potion contenant l'équivalent d'un grain et demi d'opium.

Le lendemain, le malade était dans une satisfaction morale de fort bon augure; les douleurs de l'o-

pération ne s'étaient prolongées que pendant deux heures. *Sur le soir, il y eut rétention d'urine; elle avait été prévue.* On passe une bougie dans le canal, et en la retirant, la vessie se vide. Deux heures de sommeil dans la nuit; le pouls est à 85 et dur; le ventre souple et sans douleur; légère tension de la verge; suintement rougeâtre qui humecte une partie du bas de l'appareil. (Saignée du bras de 15 onces, réitérée, le soir, de 10 onces; diète absolue; limonade végétale, trois pots.)

Le 10, un peu de repos dans la nuit; le pouls a 100 pulsations, mais il est petit et sans dureté; la température est naturelle; le ventre légèrement soulevé par des gaz, mais sans douleur. Point de coliques; langue rouge et un peu sèche à la pointe. (Même prescription.)

Le 11, sommeil de cinq heures dans la nuit; ventre souple, insensible, un peu résonnant; urines libres et abondantes; langue humide et sans rougeur; pouls régulier à 86 pulsations, température ordinaire.

Le 12, sommeil toute la nuit; pouls petit à 80; langue un peu rouge à la pointe. (Mêmes prescriptions, fomentations tièdes sur l'appareil.)

Le 13, sommeil toute la nuit; langue moins rouge à la pointe; soif médiocre; le pouls à 80. On panse la plaie; les pièces de l'appareil, pénétrées par les fomentations de la veille, ne tiennent pas; *les lèvres de la plaie ne sont réunies que dans le tiers supérieur et dans le scrotum. La réunion doit avoir oblitéré la voie par laquelle l'épiploon s'échappait,*

puisqu'il ne se fait pas d'autre déplacement. Dans le tiers moyen, les bords de la plaie ne sont pas réunis entre eux, mais ils le sont avec les parties subjacentes.

Au reste, il a été impossible d'éviter complétement la pénétration de l'urine dans l'appareil, et la partie moyenne de la plaie est précisément celle qui en a été humectée, ce qui a dû nuire aussi à la réunion. On supprime les points de suture supérieurs et inférieurs; on laisse subsister ceux de la partie moyenne; deux ligatures tombent. (Suspension des fomentations; pansement avec un cataplasme émollient entre deux linges; deux crêmes de riz.)

Le 14, la peau qui recouvrait le corps caverneux droit se mortifie dans une étendue de cinq lignes; le fourreau de la verge se dégorge; le pouls est à 70. Le malade est dans un calme parfait; une selle naturelle.

Le 16, on supprime les derniers points de suture; on soutient les bords dans la région moyenne par quelques bandelettes. (Même pansement, deux bouillons, crêmes de riz.)

Le 17, les dernières ligatures sont tombées, la guérison des tiers supérieur et inférieur de la plaie est complète. Dans la partie moyenne, la suppuration est établie. (Pansement à plat, sans cataplasmes, deux lavemens émolliens, deux vermicelles, quatre bouillons.)

Le 20, le malade est parfaitement bien; la plaie qui répond au corps caverneux droit, et qui pro-

vient de la mortification de la peau qui le recouvre, est garnie de bourgeons celluleux d'une bonne nature. Au dessous est une tumeur dure, mais qui n'a rien de suspect (1).

Réflexions. Les détails intéressans que contient ce fait nous feront pardonner, sans doute, la longueur de sa narration, nous serions même fâché que quelques uns de nos lecteurs n'eussent pas eu la patience d'arriver jusqu'au bout; car ils ne pourraient guère nous suivre dans les conséquences que nous allons en déduire.

1°. Ce que nous disions naguère à l'égard du voisinage du péritoine peut donc réellement arriver; car nous venons de voir M. Delpech pénétrer hardiment dans la cavité abdominale pour enlever dans sa totalité un cancer du testicule. Non seulement le péritoine a été mis à nu, mais sa cavité a été ouverte, et une portion d'épiploon s'est engagée à travers la plaie. *Et cependant qu'est-il résulté de cette opération, si grave en apparence? Aucun accident notable: le malade n'a pas même été menacé un seul instant de la péritonite. Or, pense-t-on que si, au lieu de réunir la plaie par première intention, on l'eût livrée à la suppuration, les choses se fus-*

---

(1) *Mémorial des hôpitaux du midi*, juin 1829.

Comme au moment que cette observation a été consignée dans le journal, le malade était encore à l'hôpital, nous avons écrit à Montpellier, pour avoir de nouveaux renseignemens sur son état, et nous avons appris de M. Girou, premier chirurgien interne, qu'il était sorti complétement guéri.

sent passées de la même manière? Non : le malade eût infailliblement péri.

Dans la question relative à la réunion immédiate, il ne s'agit donc pas d'un peu plus ou d'un peu moins de promptitude dans la guérison, d'un choix fondé sur la pure fantaisie de l'opérateur, sur les opinions reçues ou les habitudes contractées; il s'agit d'une indication médicale très puissante, d'une préférence imposée par le savoir et la raison, d'un choix dicté par la conscience.

Nous insistons sur ce fait, parce qu'il a beaucoup d'analogie avec l'opération de la hernie, et que si l'on apprécie dans un cas l'indispensable nécessité de la réunion, il serait difficile de ne pas l'admettre dans l'autre.

2°. Quoique les points de suture dont on s'est servi n'aient pas également réussi partout, on sera forcé de convenir, disait le professeur Delpech, que la réunion n'eût pas été parfaite dans le tiers supérieur de la plaie, si les bords n'eussent pas été aussi exactement assujettis dans la partie moyenne.

En effet, il était évident, comme on l'avait prévu, que l'excavation qui correspondait à la région inguinale ne se prêterait pas à la réunion, et que les fils diviseraient les tégumens qu'ils assujettissaient; mais tandis que les sutures ont maintenu en contact les bords correspondans de la partie moyenne, la consolidation du tiers supérieur de la plaie a pu se faire, et quand on a retiré les derniers fils, le moment du danger était passé. L'accident le plus à craindre était la péritonite, et la réunion immé-

diate seule pouvait inspirer à cet égard quelque sécurité.

3°. Ici, l'opérateur, fidèle à ses principes, a porté le plus grand soin dans la ligature des vaisseaux; il les a saisis à mesure qu'il les ouvrait, quelquefois même avant d'y toucher, comme pour l'artère épigastrique, et s'est mis ainsi à l'abri de toute hémorrhagie. *Voilà le vrai et unique moyen d'éviter l'hématocèle qu'un auteur moderne a signalée comme l'un des accidens qui s'opposent à l'emploi de la réunion.*

Quant aux artères spermatiques, nous avons déjà dit que l'une d'elles était hypertrophiée, et indiqué la manière dont on s'y était pris pour la lier. Ceux qui sont versés dans la manœuvre des opérations trouveront une grande différence entre ce mode d'agir et celui qui consiste à embrasser le cordon dans une seule ligature. Nous ne rappelons cette circonstance de l'opération que parce que le professeur Richerand a encore préconisé de nos jours ce dernier procédé (1). Croirait-on, en lisant cet article de son ouvrage, avoir sous les yeux le tableau de la chirurgie au commencement du dix-neuvième siècle?

4°. Rien n'est indifférent à noter dans les grandes opérations. M. Delpech avait bien prévu la rétention d'urine qui eut lieu, mais il s'abstint de placer une sonde dans la vessie; sa conduite devrait être imitée en pareil cas. En effet, la présence de ce corps étranger pouvait, en provoquant l'inflam-

---

(1) *Histoire des progrès de la Chirurgie en France*, page 237.

mation de la vessie, transmettre la phlogose jusqu'au péritoine, et compromettre le succès de l'opération. On est toujours à temps de sonder un malade pour le faire uriner, quand il n'existe pas d'obstacle dans le canal; souvent, on arrive trop tard pour faire avorter la péritonite.

5°. Enfin, nous ne saurions trop recommander à ceux qui se destinent à l'exercice de la chirurgie de ne se décider jamais à pratiquer la castration, avant d'avoir exploré soigneusement l'état des viscères du bas-ventre. Sur les côtés de la colonne vertébrale, dans le voisinage des reins, au dessous du mésentère, sur le trajet du cordon, dans le parenchyme du foie, il existe parfois d'autres tumeurs cancéreuses; dans ces cas, l'ablation du testicule est presque toujours suivie d'un accroissement rapide de la part de ces dernières : *et l'on dira que le cancer est une maladie toute locale!*

ARTICLE VI.

DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE.

Peu d'opérations, disons mieux, aucune n'a exercé autant le génie et l'adresse des chirurgiens que celle de la lithotomie; il n'est pas un point de la vessie par lequel cet organe est accessible qui n'ait été tour à tour signalé pour l'extraction des calculs. Le périnée, l'hypogastre, le rectum, le vagin, ont été attaqués dans tous les sens et dans toutes les directions : chacune de ces régions est devenue

le théâtre d'une foule de procédés, et les souhaits de l'homme de l'art ne sont pas encore remplis.

Cependant, s'il était possible de mettre un terme à ses désirs quand on cherche le bien, nous devrions être près d'être satisfaits; car lorsqu'on pense où en était cette partie de la science chez les anciens, et que l'on voit le point où l'on en est de nos jours, on a tout lieu d'être étonné de l'immensité de ses acquisitions. Mais avec les richesses naissent de nouveaux besoins, et tel chirurgien qui, au seizième siècle, se fût contenté du grand appareil, se demande maintenant s'il ne vaudrait pas mieux faire usage de l'appareil latéralisé. Tel autre, plus exigeant encore, croit devoir préférer la taille hypogastrique ou la section recto-vésicale; et c'est ainsi qu'au milieu même des progrès de l'art, la chirurgie semble prendre de plus en plus un caractère incertain et vacillant. Et le public d'exhaler contre elle ses plaintes et ses sarcasmes!

Est-ce là réellement un pas rétrograde? Non, le mal n'est qu'apparent; c'est de cette incertitude même, de cet état d'oscillation dans lequel se trouvent les esprits, que peuvent et que doivent naître des travaux durables; c'est lui qui marque leur tendance progressive vers le mieux.

Vouloir parler ici de tous les procédés opératoires imaginés pour l'extraction des calculs, ce serait à la fois nous écarter de notre sujet et entrer dans des détails fort étendus. Bornons-nous donc à indiquer ce qui a rapport à la réunion immédiate, et commençons par l'appareil latéralisé.

1°. On a presque l'air d'émettre une idée paradoxale en disant que la méthode adhésive est applicable à l'opération de la taille; toutefois, en y réfléchissant, on s'aperçoit que si les conditions nécessaires au succès de cette méthode ne sont pas, dans ce cas, aussi favorables que dans bien d'autres, ce résultat n'est pas impossible à atteindre. La chose est vraie, surtout chez les enfans. Parmi quelques faits que nous avons notés, et que nous ne pouvons rapporter ici, crainte de donner trop d'extension à notre travail, nous possédons celui d'un jeune enfant de Lodève, opéré par M. Delpech, chez lequel, dès le second jour, il ne passa plus une goutte d'urine par le périnée.

Quoique ces cas soient rares, on sera forcé de convenir que, dans l'opération de la taille, tout le monde sent à peu près le besoin d'oblitérer au plutôt la plaie, puisque tous les chirurgiens conseillent de maintenir les cuisses du malade rapprochées au moyen d'une bande disposée en huit de chiffre, et d'un coussin placé en travers au dessous des jarrets. Il est vraiment bien étonnant que ceux qui attachent tant d'importance à faire suppurer les plaies qui proviennent des opérations n'aient pas encore eu l'idée de conseiller le tamponnement à la suite de la lithotomie (1).

2°. Il est une autre manière d'opérer par le pé-

(1) Si la pierre ayant été tirée par fragmens, on craignait qu'il existât encore quelques débris dans la vessie, on ne

rinée, d'après laquelle on a voulu tenter la réunion immédiate par la suture, et dont nous allons citer un exemple : c'est le seul que nous connaissions.

Au milieu des interprétations diverses sur les écrits de Celse relativement à la taille bilatérale (1), le professeur Delpech, cherchant, à son tour, à commenter ce passage, conçut un jour le projet de mettre ce mode opératoire à exécution, en lui faisant subir quelques modifications, au moins dans le mode de pansement. Voici le fait :

Trente-huitième observation.

Calcul dans la vessie. — Opération de la taille modifiée. — Réunion du lambeau par la suture. — Mort du sujet. — Autopsie.

Laboit (Joseph), âgé de cinquante ans, natif de Mèze, département de l'Hérault, tourmenté depuis plusieurs années par un calcul vésical, se rendit, vers la fin de septembre 1824, à l'hôpital Saint-Éloi pour y subir l'opération de la lithotomie. On

---

doit pas mettre autant de soin à faire cicatriser la plaie ; en pareil cas, nous avons vu passer le doigt à travers l'incision du périnée, dans le but de l'empêcher de s'oblitérer, et nous n'hésiterions pas à en faire autant.

(1) Après avoir indiqué la situation qu'il faut donner au malade, la manière de chercher et d'amener la pierre, Celse dit : *Cum jam eo venit, incidi.... juxtà anum cutis, plagâ lunatâ, usque ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paulùm.* (Liv. VII, c. 26, édit. de Léonard Tarya.)

commença par explorer la vessie à l'aide du cathéter, et l'on s'assura qu'il existait un calcul, même assez volumineux. Le 8 octobre, l'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le malade étant placé comme à l'ordinaire, le cathéter introduit dans la vessie et confié à un aide, l'opérateur, armé d'un bistouri convexe, traça sur le périnée une incision semi-circulaire dont la convexité répondait à quelques lignes au dessous de l'arcade du pubis, et les deux extrémités se terminaient tout près des tubérosités ischiatiques; ce lambeau fut disséqué jusqu'à sa base, en ayant le soin de laisser à sa face interne beaucoup de tissu cellulaire. On mit ainsi à découvert le bulbe du canal de l'urètre et sa partie membraneuse : alors cette dernière fut incisée avec un bistouri que l'on porta directement dans la cannelure du cathéter.

Par cette même ouverture, on fit parvenir le lithotome jusque dans la vessie; on retira le cathéter, et, au lieu d'inciser simplement le col sur la ligne médiane, l'opérateur, dirigeant d'abord son instrument à droite et ensuite à gauche, pratiqua deux incisions sur les côtés de la prostate, et ménagea ainsi une large ouverture pour l'extraction du calcul. En effet, la pierre fut saisie à l'instant et portée au dehors.

Quelques artérioles ayant été ouvertes durant l'opération, on en fit sur-le-champ la ligature. Quant au mode de pansement, on releva tout aussitôt le lambeau périnéal, et on le maintint dans cette position au moyen de plusieurs points de suture. Une

sonde en gomme élastique, engagée dans l'angle droit de la plaie, et se portant jusque dans la vessie, devait faciliter l'issue des urines.

Immédiatement après l'opération, on donna une potion de trente gouttes de laudanum de Sydenham, et le soir on fit au bras une saignée de dix onces.

La nuit fut assez agitée, et le lendemain, à la visite du matin, le pouls est encore très faible. Le malade éprouve quelques douleurs à l'épigastre, et est tourmenté par la soif. (Saignée au bras de douze onces, réitérée le soir; eau de veau nitrée, et infusion de graine de lin, alternativement.)

Le 10, tout paraît aller mieux; on enlève les points de suture; le lambeau périnéal a un bon aspect, et paraît en grande partie recollé.

Les jours suivans, l'état du malade change; il devient triste et morose, se plaint par intervalles de quelques légères coliques; dans certains momens de la journée, le pouls acquiert un peu plus de vitesse. (Diète, application de douze sangsues sur la région hypogastrique.)

Le lambeau, qui jusque-là avait paru réuni, se détache peu à peu; il est baigné fréquemment par les urines, et souffre du contact de cette humeur; il prend dans certains points de son étendue une couleur noirâtre. (Lotions mucilagineuses fréquemment répétées.)

Le mal-être continue, Laboit s'affaiblit de jour en jour; l'insomnie, la diarrhée et la fièvre le ruinent, et le 18 octobre le malade meurt.

A l'autopsie, nous trouvons quelques flocons albumineux très petits, répandus çà et là sur le péritoine. L'estomac, le tube digestif et le rectum offrent à peine quelques légères ecchymoses; la vessie est très petite, très épaissie, et sa membrane muqueuse d'une couleur rouge mélangée de noir, et parsemée de petits corps jaunâtres du volume d'un grain de millet. Un peu de matière purulente dans le petit bassin, rien dans les autres organes.

Réflexions. Cette opération, que nous eussions pu nous dispenser de faire connaître, si nous n'avions contracté l'obligation de tout dire, est un de ces exemples instructifs qui prouvent que les meilleurs moyens sont aussi susceptibles de produire de fâcheux effets. Que dans l'opération de la taille on tente la réunion en maintenant les cuisses du malade dans un état de rapprochement, rien de plus naturel, rien de plus raisonnable. Ce moyen contentif n'est pas tellement puissant que l'urine ne puisse, au besoin, se frayer un passage à travers la plaie; mais qu'après avoir détaché un lambeau du périnée et ouvert derrière lui largement la vessie, on veuille réunir immédiatement les tégumens, alors que l'ouverture faite au réservoir de l'urine peut encore donner issue à ce fluide, c'est ce que nous ne croyons pas que l'on puisse faire sans danger.

A la vérité, une sonde avait été placée dans l'un des angles de la plaie pour exporter l'urine; mais outre qu'en prenant même cette précaution, une partie de cette humeur passe toujours sur les côtés

de l'instrument, la disposition seule du lambeau en forme de valve devait en rendre l'infiltration encore plus facile. Aussi remarquez que la vie des tégumens n'a été bien compromise que du moment que la réunion a été faite en grande partie. Pour que ce moyen fût réellement efficace, il faudrait que l'on pût obtenir à la fois l'oblitération de l'incision faite à la vessie, et l'adhésion des parties extérieures. Au demeurant, le professeur Delpech lui-même a senti tous les inconvéniens attachés à ce mode opératoire, et a fait voir, en y renonçant complétement, ce que l'on devait en penser : il a fait plus, il a eu la générosité de le dire.

3°. Ce cas n'est pas le seul où nous pensions qu'on ne doive pas avoir recours à la réunion à la suite de l'opération de la lithotomie. Peut-être sera-t-on étonné de nous en entendre dire autant à l'égard de la taille hypogastrique.

Trente-neuvième observation.

Calcul volumineux, taille sous-périnéale.— Impossibilité d'extraire le calcul. — Opération par le haut appareil. — Réunion de la plaie hypogastrique par quatre points de suture. — Mort quarante-huit heures après l'opération. Ouverture du cadavre.

Le nommé Allègre, âgé de vingt et un ans, natif de Saint-Guilhen-le-Désert, département de l'Hérault, avait commencé à éprouver, dès l'âge de neuf ans, des douleurs de reins et des difficultés d'uriner, suivies par momens de l'expulsion de quelques petits calculs. Vers le 3 novembre 1820, il se décida à se faire transporter à Montpellier pour y être opéré,

car il savait qu'il avait une pierre dans la vessie.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, l'altération profonde de sa face annonçait déjà un état fâcheux; il était maigre et continuellement souffrant, dévoré par une fièvre lente, agité de quelques mouvemens convulsifs, et dans un état permanent d'anxiété.

A sa visite, le professeur Delpech trouva des excoriations nombreuses sur la verge, les bourses et la partie interne des cuisses, et apprit que les urines, toujours bourbeuses, charriaient souvent du pus. Enfin, la sonde, portée dans le canal, rencontra au col de la vessie un calcul dont on ne put bien déterminer le volume.

La diète, les boissons mucilagineuses, les bains, et l'opium donné sous toutes les formes, purent à peine amener un léger soulagement. *On considéra les accidens comme étant sous la dépendance immédiate du calcul, et l'on opéra* comme à l'ordinaire.

Le calcul fut d'abord saisi; mais l'opérateur ne pouvant ni l'extraire par le périnée, ni le briser, eut recours sur-le-champ au haut appareil. Cette fois-ci, on fut plus heureux; on parvint à retirer une pierre très volumineuse. La plaie de l'hypogastre fut réunie par quatre points de suture, qui ne comprenaient que les tégumens, et recouverte de quelques emplâtres de diachylum; les cuisses maintenues rapprochées à la faveur d'un bandage en huit de chiffre, et le malade placé dans son lit.

Dans la journée, il y eut une petite hémorrhagie

par la plaie du périnée, *et en pressant légèrement sur les côtés de la suture faite à l'hypogastre, on s'aperçoit qu'il suinte un peu d'urine.* On supprime deux fils, et on introduit par cette ouverture une petite languette de linge dans la vessie. Une potion fortement opiacée avait été donnée après l'opération, on la réitéra dans l'après-midi.

Le second jour, le malade paraît être dans un état moins alarmant : la sécheresse de la peau et de la langue est diminuée, les traits sont moins grippés, le pouls est plus libre et plus régulier dans ses battemens, *les urines filtrent par la plaie à l'hypogastre;* on place une sonde dans celle du périnée, afin de prévenir l'épanchement.

Tout à coup, à ce moment de rémission succède un *collapsus* considérable, et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération.

A l'examen de son corps, on trouve des tubercules en assez grand nombre dans les poumons et notamment dans le droit, *le sommet de ce dernier présente même les traces d'une cicatrice qui a servi à oblitérer une caverne.*

Les intestins, rouges et injectés dans divers points, contenaient quelques vers lombrics. Le péritoine n'offre que peu de vestiges d'inflammation, et seulement vers la partie latérale gauche de l'incision hypogastrique.

La vessie, très petite et très racornie, attestait plutôt qu'elle avait été le siége d'une phlegmasie chronique que celui d'une inflammation récente : un peu de sérosité sanguinolente dans le tissu cel-

lulaire du petit bassin *et quelques gouttes d'urine.*

Quant aux reins, ils avaient l'un et l'autre deux à trois fois leur volume naturel, et se trouvaient creusés d'un nombre infini de cavités remplies de matière purulente; à peine pouvait-on en reconnaître la texture.

Les urétères, très dilatés et égalant les dimensions de l'intestin grêle, étaient aussi remplis de pus.

Réflexions. Si les douleurs inséparables de deux opérations aussi graves que celles que le malade a successivement subies ne suffisaient pas pour se rendre raison de sa mort, l'état dans lequel il se trouvait avant l'opération, et la nature seule des lésions pathologiques que l'on a trouvées à l'ouverture du cadavre, pourraient au moins servir à l'expliquer. Mais ce n'est pas là le point de vue sous lequel nous devons envisager ce fait.

Puisqu'il s'agit de la réunion, rappelons-nous ce que le chirurgien fut obligé de faire quelques heures après l'opération. Déjà il existait une ouverture au périnée, et cependant l'urine séjournait à la région hypogastrique. Dès lors, on supprime deux points de suture, on engage une languette de linge dans la plaie et l'on place une sonde dans celle du périnée. *Le malade meurt dans quarante-huit heures, on explore les parties avec soin, et l'on voit dans le petit bassin de la sérosité sanguinolente et quelques gouttes d'urine.*

Voyons s'il en sera de même dans un cas plus simple, et où l'opéré vécut quelques jours de plus.

Quarantième observation.

Calcul très volumineux. — Taille hypogastrique sans incision au périnée.—Réunion immédiate. Mort le cinquième jour. — Autopsie.

Le nommé Laidet, âgé de soixante-cinq ans, habitant à Cette, éprouvait, depuis environ douze ans, des douleurs néphrétiques très vives, accompagnées de quelques difficultés dans l'émission des urines. Lassé d'avoir épuisé une foule de remèdes contre sa maladie, il vient à Montpellier vers la fin de janvier 1824.

A cette époque, il ressentait encore des douleurs profondes dans l'hypogastre, un sentiment de démangeaison presque continuel au bout du gland, parfois beaucoup de difficulté pour rendre les urines, et dans d'autres cas une émission involontaire de cette humeur. La sonde, introduite dans la vessie, touchait partout un calcul. Si l'on portait un doigt dans le rectum, et que l'on pressât avec l'autre main sur l'hypogastre, on le sentait également. Tout faisait présumer que la pierre était très volumineuse, ce qui décida à employer le haut appareil.

La sonde à dard fut introduite à travers le canal de l'urètre jusque dans la vessie, et l'opération exécutée comme d'usage. Seulement on incisa un peu sur l'attache inférieure des muscles droits, afin de faciliter l'extraction du calcul, et l'on plaça dans la vessie une sonde à demeure, mais très courte. La plaie à l'hypogastre est réunie par première intention.

Le 2 février, jour de l'opération, réaction très vive dans l'après-midi : le malade est saigné deux fois à six heures d'intervalle.

Le lendemain, le malade éprouve quelques douleurs au dessus de la plaie, lesquelles augmentent par la pression. Le pouls est encore vif, la sonde que l'on a laissée dans la vessie remplit bien ses fonctions, et laisse écouler une grande quantité d'urine mêlée de sang. Il n'en sort qu'une petite quantité par la plaie. (Vingt sangsues sur le point douloureux, le soir saignée au bras.)

Troisième jour, le pouls est peu fébrile, l'abdomen moins sensible à la pression, la langue humide, la soif moindre; mais les urines coulent en petite quantité.

Quatrième jour. Le malade a été agité dans la nuit; la face est triste, les traits serrés, la langue sèche; le pouls petit, profond et irrégulier; la douleur de l'abdomen s'est propagée vers la partie supérieure, et Laidet éprouve une sensation qu'il exprime en disant qu'il semble qu'on lui serre le ventre avec une corde : les urines ont repris leur cours. (Eau vineuse, quelques cuillerées de bouillon.)

Cinquième jour. Affaissement extrême, pouls faible, température basse, abdomen soulevé à droite, urines rares, langue sèche, soif intense, découragement profond. (Mort dans la nuit.)

A l'ouverture du corps, on reconnaît que le péritoine n'a point été ouvert, et l'on trouve à peine un peu d'injection dans les points correspondans à l'iléon et au cœcum.

Quant à la vessie, elle est fortement rapetissée, vivement enflammée, et présente en arrière du trigone vésical une espèce de cloison transversale qui la sépare en deux cavités; ce qui rend raison des difficultés que l'on a éprouvées pour l'extraction du second calcul, car il en existait deux.

En disséquant les muscles droits, on voit que le tissu cellulaire qui entoure leurs attaches inférieures a été mortifié par le contact de l'urine qui s'était infiltrée dans les environs.

Réflexions. Quoique l'opération ait été un peu plus laborieuse qu'à l'ordinaire, on conviendra que ses suites eussent dû être moins graves, en ce que l'on avait pu se dispenser cette fois-ci de faire la taille périnéale; aussi avait-on eu la précaution de laisser une sonde à demeure dans le canal de l'urètre. Eh bien! l'urine ne s'est pas moins infiltrée dans le tissu cellulaire du bassin.

Il reste donc bien démontré que quels que soient les soins qu'on se donne pour empêcher ce fluide de passer en partie par la plaie hypogastrique, on n'y réussira jamais. Toutes les fois que cet organe se contractera pour se débarrasser de l'humeur qu'il contient, quelques gouttes au moins tendront à s'échapper par cette ouverture; et si elle est fermée, elles s'infiltreront dans le tissu cellulaire circonvoisin. Ce n'est pas tant la plaie extérieure que l'incision de la vessie qu'il importe d'oblitérer, et l'on oublie que l'on ne fait rien pour cette dernière.

4°. De nos jours, M. Amussat, gand partisan de la taille hypogastrique, voulant concilier en quel-

que sorte les opinions et les procédés, a conseillé le mode de pansement suivant : le calcul étant extrait, il introduit dans la vessie, par la plaie de l'hypogastre, la canule dont il se sert pour donner issue à l'urine. Afin d'y parvenir plus sûrement, il fait glisser cet instrument sur le doigt indicateur de la main gauche, qu'il a préalablement placé dans la cavité de l'organe pour lui servir de conducteur; sans cette précaution, dit-il, on pourrait s'exposer à porter la canule derrière la face postérieure de la vessie dans le tissu cellulaire ambiant, parce qu'après l'extraction du calcul, la poche urinaire s'aplatissant derrière le pubis, et l'ouverture qui y a été pratiquée se resserrant par la contraction des fibres musculaires, il serait difficile de faire pénétrer sans conducteur la canule dans cette ouverture (1).

La canule étant introduite, elle sert à nettoyer la vessie au moyen d'une injection, et on procède ensuite à la réunion par première intention de toute la partie supérieure de la plaie.

Pour obtenir cette réunion d'une manière plus prompte et plus facile, M. Amussat éponge avec le

---

(1) Cette canule en gomme élastique est semblable à celle dont on se sert pour pratiquer des injections dans le vagin. Longue de huit à neuf pouces, pour les adultes, et large de cinq à six lignes, elle est recourbée dans le sens de la longueur, et doit être placée de manière que sa concavité corresponde à la symphyse du pubis. Son extrémité vésicale est munie d'une olive, sur les côtés de laquelle on pratique deux larges ouver-

plus grand soin les bords de la plaie pour enlever le sang et l'eau dont ils ont été baignés, et les rapproche le plus exactement possible avec les doigts, tandis qu'un aide applique au dessus de longues bandelettes de diachylum qui s'étendent d'un côté de l'abdomen à l'autre.

Il établit ensuite un point de compression de chaque côté de l'incision pour favoriser le rapprochement de ses bords, à l'aide de petites compresses graduées placées les unes au dessus des autres, et par dessus les bandelettes agglutinatives. Le tout est recouvert de compresses ordinaires, et maintenu par un bandage de corps.

On voit que M. Amussat, quoique pénétré de l'importance de la réunion immédiate, a senti la nécessité de ménager une issue à l'urine, crainte d'un épanchement dans le petit bassin; mais a-t-il entièrement rempli le but qu'il voulait atteindre? Nous ne le pensons pas, et nous ne voyons pas comment un tube de gomme élastique, malgré même la position que M. Amussat donne à son malade, pourrait suffire pour exporter complétement le liquide qui arrive à chaque instant dans la vessie. Quand on pense que les sondes même les

---

tures. L'autre extrémité est taillée en bec de flûte dans la moitié de son épaisseur et dans l'étendue de deux pouces environ, de sorte qu'elle forme dans ce point une espèce de gouttière; là où cette dernière commence, sont fixés quatre fils qui servent à fixer l'instrument. (Communication faite à l'Académie, le 29 janvier 1829.)

plus volumineuses placées dans le canal de l'urètre n'empêchent pas toujours l'urine de passer en partie à travers ce conduit, il est bien difficile de concevoir qu'une canule engagée dans une ouverture accidentelle faite à la vessie ne permette pas au liquide qu'elle renferme de suinter sur les côtés de cet instrument. S'il était possible de comparer un phénomène physique à un phénomène vital, nous proposerions de presser sur une vessie déjà remplie d'eau, à travers les parois de laquelle on aurait pratiqué une incision pour placer une canule; on reconnaîtrait assurément que le liquide ne sort pas en totalité par la sonde.

M. Souberbielle, qui s'est beaucoup occupé de la taille hypogastrique, nous apprend que si l'on cherche à obtenir la réunion, le rapprochement n'ayant lieu qu'à l'extérieur, l'urine ne peut s'échapper par la canule qu'après avoir rempli ce trajet de la plaie jusqu'au point où s'exerce l'action des agglutinatifs : *elle ne sort alors*, dit-il, *que par regorgement, ce qui donne précisément lieu à l'accident qu'on veut éviter, savoir : l'infiltration urineuse et tous les désordres qu'elle entraine, comme l'expérience l'a démontré.* Sur quatre malades opérés à Paris par le même praticien et traités par ce procédé, trois sont morts par suite de ces accidens, et chez le quatrième la plaie était encore fistuleuse le quarantième jour (1).

(1) Observations sur des opérations de cystotomie suspubienne, Académie royale, séance du 30 octobre 1828.

Si l'on n'adopte pas en entier l'explication de M. Souberbielle, au moins ne niera-t-on pas les faits qu'il a rapportés en présence de l'Académie, et l'on sera forcé de convenir qu'il y a quelque chose de vrai dans les reproches que nous adressions au mode de pansement suivi par M. Amussat. Cependant, en signalant les inconvéniens de la méthode, ne faisons pas comme tant de gens, ne cachons pas les succès que ce jeune et habile opérateur obtient. Nous l'avons vu nous-même opérer avec autant de dextérité que d'avantage; mais au moment que nous quittions le malade, déjà une petite quantité d'urine s'écoulait sur les côtés de la canule.

5°. D'après le langage que nous venons d'entendre tenir à M. Souberbielle, il est facile de prévoir quel est le mode de pansement qu'il préconise : après avoir poussé par le canal de l'urètre une injection pour débarrasser la vessie et la plaie du sang qui pourrait s'y trouver, il panse la solution de continuité de l'hypogastre absolument à plat, n'y introduisant aucun corps étranger, pas même la bandelette effilée qu'employait le frère Côme. Il applique une compresse fenêtrée enduite de cérat, et par dessus un plumasseau de charpie et une compresse; le tout libre, sans bandage ni agglutinatif quelconque.

Il y a dix ans, dit-il, que je suis ce mode de pansement, d'après l'expérience que j'ai acquise des inconvéniens mêmes et des dangers qu'il y a à rapprocher les lèvres de la plaie extérieure, avant que la vessie soit cicatrisée; car c'est de ce dernier point que part la guérison.

D'abord, en opérant comme le veut M. Souberbielle, on n'a pas l'inconvénient de laisser à travers la plaie de l'hypogastre une grosse canule, qui par sa présence doit exposer encore davantage la vessie à s'enflammer; en admettant que l'écoulement de l'urine par le canal de l'urètre soit suspendu, cette humeur s'échappe aussitôt par la plaie, et toute infiltration devient moins facile.

Quoique M. Souberbielle ne fasse rien pour obtenir la réunion, souvent il arrive à ce résultat avant le temps qu'exige le mode de pansement conseillé par M. Amussat. Ainsi, M. Buin, opéré, le 4 décembre 1828, par ce dernier, n'a été guéri que le vingt-quatrième jour, tandis que le curé d'Ussy, diocèse de Meaux, opéré par M. Souberbielle, a pu, le douzième jour après l'opération, aller dire sa messe à l'église de l'Assomption.

Ce que les faits démontrent, l'analogie l'explique : ne peut-on pas, en effet, considérer la canule de M. Amussat comme un corps étranger engagé dans une plaie que l'on s'efforce de réunir? Or, ne vaut-il pas autant livrer la solution de continuité aux soins de la nature? Si nous devions nous décider à employer une sonde, nous préférerions assurément nous servir de la sonde à chemise présentée par M. Rigal de Gaillac à l'Académie de médecine, encore même ne la laisserions-nous séjourner que le moins possible dans la vessie.

Ajoutons, pour ne pas tronquer le procédé de M. Souberbielle, que l'introduction de son *siphon composé* à travers le canal de l'urètre est d'un grand

secours pour dériver les urines. Sur dix-huit opérations de taille hypogastrique dont il a parlé à la séance de l'Académie de chirurgie du 30 octobre 1828, dont dix pratiquées chez l'homme, et huit chez la femme, deux hommes seulement sont morts, et encore même l'autopsie, faite en présence de praticiens recommandables, tels que MM. Larrey, Husson, Gendrin, Bourgeoise, a-t-elle prouvé que les malades avaient succombé à des causes étrangères à l'opération. Depuis lors, M. Souberbielle en a pratiqué un grand nombre d'autres, et ses succès se multiplient tous les jours.

Qu'on ne se le dissimule pas : l'urine ne s'épanche ni dans le péritoine, ni dans le petit bassin aussi facilement qu'on pourrait le supposer. Laissez-lui une issue, dit M. Souberbielle, et elle saura en profiter; si vous la gênez dans son cours, il faudra bien qu'elle s'infiltre dans les tissus environnans. Si cette vérité de fait acquérait par la suite plus de consistance, il faudrait bien se ranger de l'avis de M. Souberbielle, et considérer la taille hypogastrique comme offrant des chances très grandes de succès, et même supérieures à toutes les autres méthodes.

Il est encore une circonstance opératoire à laquelle tous les praticiens n'ont pas porté la même attention, et qui pourrait jusqu'à un certain point expliquer le plus grand nombre de succès qu'obtient M. Souberbielle: cette circonstance est relative à la manière de faire les incisions.

Quelques chirurgiens tourmentés par la crainte

de léser le péritoine n'ont rien de plus empressé, dès l'instant qu'ils sont arrivés au dessous de la ligne blanche, que de quitter leur instrument, et de *labourer* avec les doigts le tissu cellulaire jusqu'à ce qu'ils soient parvenus à la vessie. Or, cette dilacération du tissu lamineux donne à l'urine la plus grande facilité pour s'infiltrer, et c'est là probablement la cause des accidens que l'on a signalés comme étant le résultat inévitable de l'opération.

S'il n'en était ainsi, comment se rendrait-on raison de l'innocuité presque complète de la ponction hypogastrique, au moins sous le rapport des infiltrations urineuses? Il fut une époque, nous a dit M. Lisfranc, où à la Pitié on pratiquait très fréquemment cette opération, et jamais il n'a vu l'urine s'infiltrer dans le petit bassin. M. Viguerie, à l'hôpital Saint-Jacques à Toulouse, a eu aussi plusieurs fois l'occasion de faire cette même opération sans qu'il en soit résulté d'épanchement. Si la canule restait toujours en place, en pourrait encore concevoir le défaut d'infiltration par l'oblitération complète de l'ouverture faite à la vessie; mais il est des cas où cet instrument est sorti peu de temps après l'opération, et le résultat a été le même.

Quand les tissus n'ont pas été trop violemment lacérés, il suffit de quelques jours, et parfois de quelques heures, pour qu'une lymphe plastique les pénètre et les rende désormais imperméables à l'urine.

Cette manière d'envisager les effets de la ponction hypogastrique comparativement à ceux de la taille

par le haut appareil, a donné l'idée de faire cette opération à l'aide d'un trois-quarts renfermant une lame dans son épaisseur, et susceptible de se déployer dès que l'instrument aurait pénétré dans la vessie. Les essais que l'on en fera plus tard peuvent seuls nous apprendre jusqu'à quel point ce mode opératoire l'emporte sur celui usité jusqu'à ce jour.

6°. A propos de la taille hypogastrique et du fait qui nous a fourni le texte de ces quelques réflexions, disons un mot sur la lithotritie, d'autant que le malade dont nous venons de parler avait déjà été soumis à cette opération.

Il devait en être de la lithotritie comme de toutes les grandes découvertes: d'abord elle a soulevé contre elle toutes les passions, et si ceux qui tenaient le plus à la propager n'eussent déployé autant de ténacité, la chirurgie serait déjà privée de cette précieuse ressource. Mais le procès est enfin jugé, et la postérité reconnaissante honorera le nom de celui auquel nous en sommes redevables. Cependant tout n'est pas fait encore: il y a loin de l'application à l'étude approfondie des cas qui peuvent en réclamer l'usage et de ceux qui pourraient en contre-indiquer l'emploi.

Quoique porté en faveur de la lithotritie (et il serait difficile de ne pas l'être quand on a vu, comme nous, opérer MM. Civiale, Leroi et Heurteloup), nous nous plaisons à faire cette dernière remarque, parce que, parmi les malades taillés par M. Souberbielle, quatorze avaient été déjà soumis

au broiement de la pierre. Espérons qu'à mesure que l'on perfectionnera les instrumens lithontriteurs(1) et que les calculeux se soumettront plus tôt à l'opération, on verra d'un côté les accidens diminuer, et de l'autre la reproduction de la maladie devenir plus rare.

Bientôt, on ne sera plus excusable si l'on ne s'exerce de bonne heure à broyer des calculs sur le cadavre; il ne sera même plus permis de pratiquer l'opération de la taille sans s'être demandé pourquoi l'on ne ferait pas celle de la lithotritie.

Le parallèle de ces deux modes opératoires serait-il moins intéressant à retracer que celui des diverses méthodes relatives à la cystotomie? Puisse l'Académie, déjà engagée dans cette voie, n'en pas sortir sans avoir épuisé la matière!

ARTICLE VII.

DE L'AMPUTATION DES MEMBRES.

Sans vouloir réveiller ici les discussions nombreuses et parfois inconvenantes qui eurent lieu jadis au sujet de l'amputation des membres, rap-

---

(1) Parmi les améliorations diverses apportées aux instrumens lithontriteurs, signalons celles imaginées par le docteur Rigal, non pour leur donner la supériorité (l'amitié pourrait rendre nos éloges suspects), mais pour prouver qu'un praticien instruit et laborieux, quoique relégué dans une petite ville de province, peut encore contribuer pour quelque chose aux progrès de l'art.

pelons aujourd'hui, pour l'honneur de l'art, que les termes de la question sont enfin changés. Si les anciens perdaient un si grand nombre d'amputés, on sait maintenant pourquoi, et l'on ne parle plus de ces momens de calamité que pour rendre un plus bel hommage aux chirurgiens de notre époque.

Faure nous apprend que sur trois cents amputations faites après la bataille de Fontenoy, une trentaine seulement furent suivies de succès, tandis que l'on a pu sauver dans nos armées plus des trois quarts de nos amputés, dont quelques uns avaient perdu deux membres. Bilguer, lui-même, que nous aimons à croire avoir eu des intentions plus pures que celles qu'on lui a prêtées, prétend que ce qui l'engagea à ne plus avoir recours à l'amputation, c'est que, dans ses dernières campagnes, aucun de ceux auxquels il vit pratiquer cette opération ne guérit.

A ces revers sans nombre, opposons les succès presque miraculeux obtenus de nos jours : l'un des hommes qui ont le plus illustré la chirurgie française nous a déjà dit que sur quatre-vingt-douze amputations pratiquées après l'affaire de Newbourg, il ne mourut que six malades (1). M. Lucas assure que sur soixante-dix sujets qui ont subi la même opération dans son hôpital, il n'en a perdu que cinq (2). Enfin, sur trente amputations faites à

(1) *Rapport sur le Mémoire de M. Roux*, par MM. Percy et Deschamps.

(2) John Bell, *Traité des plaies*, page 513.

Genève, par M. Charles Maunoir, depuis 1801, pas un seul amputé n'a succombé (1).

Mais quelle est donc la cause de cet heureux changement survenu dans l'une des opérations les plus graves ? L'Europe répond en masse et nous dit: c'est la réunion immédiate.

Il suffit de se rappeler, ajoute John Bell, comment les chirurgiens anciens pratiquaient l'amputation, pour sentir toutes les défectuosités de leur méthode. La plupart des malades succombaient le quatrième jour à la violence de l'inflammation, ou périssaient épuisés par la perte de leur sang. Chez d'autres, il s'établissait des suppurations abondantes; les moignons étaient coniques et irréguliers; aucun malade ne guérissait avant le cinquième ou le sixième mois de traitement: aujourd'hui cinq ou six jours suffisent pour nous faire obtenir une réunion immédiate. Elle n'est pas toujours complète, il est vrai; mais elle suffit pour prévenir des effusions de sang considérables et des suppurations ruineuses; elle permet de transporter les malades avec moins de danger. Le plus souvent, elle est terminée à l'époque où les anciens osaient à peine toucher au premier appareil, crainte d'une hémorrhagie mortelle.

Le langage de John Bell est celui de tous les chirurgiens de l'Angleterre, et sera bientôt celui de tous les praticiens de notre nation : nous osons

(1) Maunoir aîné, *Mémoire sur les amputations*, page 17.

l'espérer, pour l'honneur de la chirurgie française et le soulagement de l'humanité. Malheureusement il n'est aucune invention, si utile qu'elle soit, qui ne rencontre d'abord l'opposition de l'amour-propre ou des préjugés; mais une méthode de traitement aussi importante que celle de la réunion immédiate finit toujours par triompher, et reçoit tôt ou tard une approbation universelle.

1°. S'il s'agissait de n'envisager la réunion immédiate que par rapport à l'amputation des doigts ou des orteils, les avantages de ce mode de pansement se réduiraient à peu de chose; encore même, eu égard à la solidité de la cicatrice, le choix ne serait pas indifférent. Mais quand on considère les amputations de l'avant-bras et de la jambe, du bras et de la cuisse; quand surtout on étend le parallèle jusqu'à la désarticulation de l'un ou de l'autre membre, ce qui ne paraissait d'abord que d'une utilité secondaire acquiert bientôt une tout autre importance. Quant à moi, dit Samuel Cooper, je n'ai pas vu un seul cas d'amputation où les chirurgiens eussent dû s'abstenir de réunir les bords de la plaie immédiatement après l'opération.

2°. Quoique nous ayons déjà assez longuement insisté sur les objections portées contre la réunion immédiate, il s'en présente une autre qui a quelque chose de séduisant, et à laquelle il importe, pour plusieurs motifs, de répondre. Afin de ne lui rien ôter de sa force, rapportons-la littéralement.

« Si en même temps que les chirurgiens militaires suivaient au milieu des camps *une méthode qui leur assurait d'aussi grands avantages, on a vu le chirurgien qui, par la place qu'il occupait*, semblait tenir le sceptre de la chirurgie civile, *nier ces avantages, et trouver cette méthode sujette à des inconvéniens capables de la faire rejeter, je crois en trouver les motifs dans la différence des sujets sur lesquels opèrent les chirurgiens militaires et les chirurgiens civils, et des circonstances dans lesquelles se trouvent les uns et les autres.* En effet, les cas pour lesquels les premiers recourent le plus souvent au moyen extrême, sont des accidens subits qui affectent un individu auparavant très sain, que l'on doit chercher à guérir promptement, qui est pour cela dans la circonstance la plus favorable. C'est un individu pour lequel les lenteurs d'une suppuration abondante seraient une maladie de plus, *à qui il n'est point utile de faire parcourir les périodes de l'irritation, de l'inflammation, de la suppuration, de la détersion, de la cicatrisation*; tandis que dans la chirurgie civile, et surtout dans celle que l'on pratique aux hôpitaux, on recourt plus communément à l'amputation pour des affections chroniques pour lesquelles on a épuisé tous les autres moyens. Ce sont d'anciennes caries, d'anciennes exostoses, des tumeurs, des suppurations qui datent de plusieurs années. Le sujet est depuis longtemps malade; on ne peut le rendre subitement à la santé, ce passage subit serait mortel pour lui : la réunion immédiate, qui convient au premier, qui

le guérit souvent en quelques jours, ne convient point au second, dont les chairs n'en sont pas susceptibles ; elle le conduirait au tombeau.

Un autre motif, qui peut bien contribuer à faire considérer d'un œil indifférent la pratique que je discute ici, par les chirurgiens civils et les chirurgiens militaires, c'est l'état des parties sur lesquelles opèrent le plus souvent les uns et les autres. Les premiers opèrent bien, et doivent, dit-on, toujours opérer sur des parties saines; *mais cet état, considéré comme sain, peut-il être comparé à la partie saine de ce bras, de cette jambe qui viennent d'être emportés, fracassés par un boulet*, etc.? Le malade du chirurgien civil gît tristement et depuis long-temps dans son lit à l'hôpital : la malheureuse certitude qu'il acquiert tous les jours de l'incurabilité de son mal, de la nécessité du remède qu'il redoute, *vient se joindre à la fièvre lente qui l'affaiblit et le consume.* Les chairs sont molles, flasques, sans chaleur, sans élasticité : à la vérité, elles ne sont pas tout à fait mortes, mais elles ne conservent que le degré de chaleur et de vie suffisant pour ne pas tomber en mortification. *Elles n'en ont point assez pour éprouver l'inflammation nécessaire à la réunion des chairs, celle de l'extrémité des vaisseaux nécessaire à la suspension de l'hémorrhagie.* Dans la force de l'âge, le malade du chirurgien militaire n'a point à méditer long-temps sur sa maladie : fier de sa blessure et du courage qu'il va montrer pour en obtenir la prompte guérison, il a déjà reconnu la nécessité du

moyen qu'on va lui proposer. *Ses chairs, dont la blessure a augmenté la vie, sont pleines, fermes, convenablement disposées au degré d'inflammation nécessaire à leur réunion.* S'il survenait une hémorrhagie, ce sera une hémorrhagie de plénitude, une hémorrhagie active; elle sera utile au malade. Les accidens à redouter et à prévenir sont des accidens dépendans de l'excès de vie, dont la diète et l'eau sont de grands remèdes.

Chez le premier malade, inutilement mettrait-on en contact les parties divisées : molles, flasques, sans chaleur et presque sans vie, elles ne sont point susceptibles de l'action nécessaire à leur réunion. *Elles restent en contact, mais ne se réunissent pas, les vaisseaux sont tous liés; mais l'adhésion des parois artérielles, qui ne peut se faire, donne lieu à une hémorrhagie mortelle.*

Enfin, quoique la plaie faite par le chirurgien militaire à un soldat qui vient d'être blessé paraisse être de même nature, et exiger le même traitement que celle faite par le chirurgien civil, dans un hôpital, à un individu malade depuis longtemps, j'y trouve cette différence que la première peut et veut être traitée comme une plaie simple qu'il faut réunir, pour le traitement de laquelle tout est chirurgical; tandis que la seconde se rapproche plus de l'ulcère atonique, dont les bords ne sont point susceptibles d'être réunis, dont la suppuration est indispensable, dont le traitement doit être plus lent, plus médical, dont la prompte guérison,

si elle était possible, serait probablement funeste (1). »

A la rigueur, nous eussions pu nous dispenser de répondre à cette objection, attendu qu'elle rentre dans l'une de celles dont il a été déjà longuement question au chapitre quatrième; cependant comme elle est présentée sous des formes très spécieuses et avec beaucoup de détail, nous tenons à nous y arrêter un instant.

Et d'abord, nous ferons remarquer que M. Briot, qui a eu à rendre compte des progrès de la chirurgie militaire, n'a pas oublié de mettre souvent en première ligne la réunion immédiate, ce qui dément formellement les assertions avancées par quelques chirurgiens d'armée. En outre, nous nous trompons fort, ou les faits que M. Briot a empruntés à la chirurgie civile sont tirés de la Clinique du professeur Pelletan. Or, nous ne pensons pas que l'on puisse, après ce que nous en avons dit, attacher encore quelque importance à ces argumens.

Convenons avec M. Briot (et nous nous sommes déjà expliqué à cet égard) qu'il y a quelque différence entre un homme qui, un instant avant sa blessure, jouissait de la santé la plus parfaite, et celui qui séjourne depuis long-temps dans les hôpitaux; *mais nous n'avons pu nous persuader encore l'utilité qu'il y a à faire parcourir les périodes de l'irritation, de l'inflammation, de la suppura-*

(1) *Histoire des progrès de la chirurgie militaire*, par Briot.

tion, de la détersion, de la cicatrisation, à un malheureux en proie *à la fièvre lente qui l'affaiblit et le consume.* M. Briot avait-il bien pesé la valeur de tous ces mots quand il les a combinés?

Quant au défaut de vitalité suffisante de la part des lambeaux à la suite des maladies chroniques, l'auteur nous paraît être tombé dans une double erreur : ainsi, d'une part, il s'est trompé en disant que les *parties molles n'ont pas assez de vie pour éprouver l'inflammation nécessaire à la réunion,* des milliers de faits attestent le contraire. De l'autre, il a erré en avançant que les chairs des militaires blessés sont *convenablement disposées au degré d'inflammation nécessaire à l'adhésion.* Ce n'est pas que nous vivions encore dans cette vieille idée que les opérations réussissent d'autant mieux que les individus sont plus faibles ; mais il est bien reconnu que quand on opère sur des sujets qui n'ont pas long-temps souffert, les chairs, abreuvées de sucs et douées d'un haut degré de vitalité, se prêtent trop facilement à l'élan inflammatoire; ce qui trouble, jusqu'à un certain point, le travail de la réunion.

Nous pourrions en dire autant de l'hémorrhagie, que M. Briot a voulu expliquer par le défaut d'inflammation nécessaire à l'extrémité des vaisseaux. Si cette condition négative a pu, dans quelques cas, produire cet accident, nous ne craignons pas d'affirmer que l'excès d'intensité de la phlogose en est bien plus souvent la cause. Ce que M. Briot n'a pas assez dit, c'est que le défaut de soin dans

la ligature des artères, et surtout le bandage circulaire employé par M. Pelletan pouvaient aussi donner lieu aux infiltrations sanguines.

Quarante et unième observation.

Tumeur blanche.— Amputation de la cuisse. — Réunion des bords de la plaie, guérison rapide. — Nouvelle tumeur blanche au genou du côté opposé. — Nouvelle amputation. — Même mode de pansement. — Guérison. — Quelques années après, phthisie pulmonaire et mort.

Abraham Butin, âgé de seize ans, d'une constitution éminemment scrophuleuse, se trouvant à Lyon durant le siége de cette ville, eut beaucoup à souffrir, pendant plusieurs semaines, de la faim, du froid et de l'humidité. Bientôt après, il se plaignit d'une douleur vive dans l'articulation du genou droit, qui ne tarda pas à s'engorger de manière à constituer la maladie nommée tumeur blanche.

Il revint à Genève, et pendant plus d'un an j'essayai en vain tous les remèdes que je crus propres à résoudre cet engorgement. Il survint à la face externe de la cuisse droite un abcès qui s'étendait depuis sa partie supérieure jusqu'au condyle du fémur. On sentait la fluctuation du pus dans le haut et dans le bas de la cuisse, suivant la position du malade. Cet abcès fut ouvert dans sa partie la plus déclive : il en sortit environ une demi-pinte de pus, qui, d'abord de bonne apparence, ne tarda pas à dégénérer en une sanie couleur lie de vin, très fétide et accompagnée de quelques caillots de sang. Cet ulcère se manifesta au dessus des malléoles de la jambe gauche. Bientôt après il se déve-

loppa un engorgement sur l'articulation de l'extrémité supérieure du tibia avec la péroné. Je ne me déterminai qu'avec peine à adopter la ressource incertaine de l'amputation. *Une fièvre hectique, un marasme complet, des douleurs dans le genou tellement atroces que le moindre mouvement arrachait des cris au malade* ne permettaient guère d'espérer qu'avec tant de maux ce moyen pût avoir quelque succès; cependant le jeune homme le désirait ardemment, et ses parens me demandèrent l'opération. Je la pratiquai le 9 mars 1796.

Les tégumens furent coupés un peu au dessus de l'ulcère résultant de l'ouverture de l'abcès. La dissection de la peau présenta quelque difficulté dans la partie postérieure de la cuisse : *là, elle était lardacée, et son tissu cellulaire, durci, la collait fortement aux muscles subjacens.* Les angoisses qu'éprouva le malade furent bientôt calmées par un scrupule de laudanum liquide. La nuit qui suivit fut très bonne et bien différente de celles qu'il avait passées depuis six mois. *Le lendemain, il était dans un état de bien-être dont il avait perdu l'idée : son pouls, qui ordinairement battait de cent vingt à cent trente pulsations par minute, était tombé de quatre-vingt-dix-huit à cent.*

Le troisième jour, je levai l'appareil : *les deux tiers de la plaie étaient presque cicatrisés.* L'angle inférieur, où pendaient les ligatures, renfermait un peu de pus, dont la quantité augmenta en pressant légèrement la surface externe de la cuisse, siége de l'abcès qui existait auparavant. Cet écoulement pu-

rulent augmenta tellement que, depuis le septième jour, on fut obligé de panser le malade deux fois dans les vingt-quatre heures. Les ligatures tombèrent spontanément le neuvième jour; rien ne s'est passé d'extraordinaire depuis ce moment. Ce jeune homme a repris avec rapidité des forces et de l'embonpoint; son sommeil est redevenu naturel. L'ulcère au dessus des malléoles s'est guéri peu de jours après l'opération; l'engorgement, qui était à la partie supérieure et externe du péroné, a cessé d'être douloureux; mais on y sent peu de fluctuation. Le moignon s'est rempli et est vigoureux. Ce jeune malade fut envoyé à la campagne; *je lui établis un cautère au bas de la cuisse gauche* : tout alors donnait lieu d'espérer une guérison complète et permanente.

Quelque temps après, il revint à Genève très bien guéri en apparence, ayant acquis de l'embonpoint et des forces, et travailla pendant un an à apprendre l'état de mécanicien. Au bout de ce temps, le genou gauche devint douloureux, s'engorgea, et rien ne put empêcher le développement d'une tumeur blanche, qui suivit une marche plus rapide et plus fâcheuse encore que la première. Les conséquences de cette affection furent la luxation spontanée du fémur sur le tibia (ces deux os chevauchaient l'un sur l'autre dans l'étendue de plus de trois pouces), et la formation d'un abcès considérable sur la partie externe et supérieure de la jambe, abcès qui détermina une fistule communiquant avec les surfaces articulaires corrodées.

Je ne pouvais, dit M. Maunoir, supporter l'idée

de mutiler cet intéressant jeune homme par une seconde amputation, ses parens eux-mêmes redoutaient moins sa mort; cependant, réduit au dernier degré de marasme, Butin me conjura lui-même de l'opérer. Ses instances furent si pressantes, que je ne pus lui refuser cette dernière ressource.

Je fis donc cette seconde amputation par réunion immédiate le 29 frimaire an 7. J'incisai la peau au dessus de la saillie que faisait le tibia à la partie interne de la cuisse. Le courage que le malade montra est extraordinaire, et appartient rarement à cet âge; au reste, les suites de cette opération furent très simples. Le quatrième jour, lorsque la réunion de la peau commençait, je tombai malade. MM. Jurine fils et Berger, qui avaient assisté à l'opération, voulurent bien se charger des pansemens, et me rendre compte chaque jour de l'état du malade. *Cette plaie se cicatrisa plus promptement et plus facilement que la première.* Au bout de seize jours, Butin était guéri, parce qu'il n'avait ni abcès à la cuisse ni engorgement à la peau. Ce jeune homme recouvra rapidement des forces et de l'embonpoint; il renonça à son état de mécanicien, incompatible avec la privation des deux extrémités inférieures, et se fit tailleur. Quelques années après, *il eut une inflammation de poitrine qui lui laissa une toux fâcheuse, et enfin une phthisie à laquelle il ne tarda pas à succomber* (1).

---

(1) *Mémoires sur les amputations,* page 55.

Réflexions. Si nous n'avions à cœur que de signaler des succès, nous pourrions en fournir par centaines; mais nous nous attachons, à dessein, à raconter des revers, afin qu'en cherchant à en trouver la cause, on puisse mieux juger du peu de validité des reproches adressés à la réunion. Voilà un malade qui a succombé après avoir successivement subi l'amputation des deux cuisses : dira-t-on qu'il ne fût pas mort si l'on eût pansé différemment les plaies? Mais n'est-il pas évident qu'au moment que chacune des amputations a été pratiquée, ce jeune infortuné était dans un état de marasme tel, qu'il aurait infailliblement péri si on eût livré la plaie à la suppuration? La réunion immédiate était donc le seul moyen de salut qu'il fût permis d'invoquer.

La même cause qui avait produit la première tumeur blanche en a produit d'abord une seconde; puis, elle a porté son action sur les poumons; de là, une inflammation de poitrine qui est venue accélérer les progrès des lésions organiques déjà existantes, et causer la mort. Le cautère que M. Maunoir avait fait appliquer n'a pas même pu détourner l'orage. Croit-on que l'on eût été plus heureux en tentant la réunion secondaire?

Quarante-deuxième observation.

Tumeur blanche à l'articulation tibio-fémorale. — Amputation de la cuisse. — Réunion immédiate. — Mort le deuxième jour. — Examen cadavérique.

La femme Rosier portait, depuis six mois, au genou gauche, une tumeur énorme, survenue à la

suite d'une forte contusion. *La gravité des accidens* et l'impossibilité de guérir cette femme autrement que par l'amputation m'engagèrent à pratiquer cette opération, le 30 décembre 1808. Je conservai assez de peau pour recouvrir le moignon. Les douleurs diminuèrent immédiatement après d'une manière marquée, mais la fièvre alla en augmentant, ainsi que l'oppression; et le dimanche, 1er. janvier 1809, elle mourut sur le soir. Il n'y avait pas eu la moindre hémorrhagie : la peau n'était pas recollée, elle était séparée des chairs par une matière glaireuse.

Le genou amputé présentait une masse énorme de tumeurs de différens volumes, unies entre elles et formées d'une graisse dure, grisâtre; près des os, cette matière ressemblait à un putrilage jaune et fétide; le bas du fémur était dénudé et corrodé; le haut du tibia et du péroné était ramolli et carié, et cependant les cartilages articulaires étaient sains et intacts, et les mouvemens de flexion et d'extension n'étaient pas entièrement abolis.

Les deux poumons étaient farcis de tumeurs, dont les plus petites étaient comme des pois, et les plus grosses comme des œufs de poule et formées d'une matière blanche ressemblant singulièrement à celle qui entourait les os malades. Ces tumeurs étaient en telle quantité qu'il fut difficile de comprendre comment les poumons avaient pu jusque-là remplir l'importante fonction de la respiration (1).

---

(1) *Mémoires sur les amputations*, page 72, 13e. observ.

Réflexions. Encore une autre observation du même auteur, dans laquelle le malade a succombé peu de temps après l'opération. Viendra-t-il à l'esprit de personne de rapporter la mort à la réunion immédiate? Il faudrait n'avoir pas lu les résultats fournis par l'autopsie.

Au reste, M. Maunoir aîné, qui a rapporté tout exprès ces cas d'insuccès, ajoute que parmi un très grand nombre d'autres amputations qu'il a faites pour des cas analogues, et toujours en employant la réunion immédiate, ce sont les seuls où il a vu les malades périr à la suite de l'opération. Ainsi donc, même à la suite des maladies chroniques, la réunion immédiate est susceptible de produire de bons effets.

Que l'on ne vienne donc pas dire *qu'en ne réunissant pas les plaies on guérit presque aussitôt et parfois même plus rapidement qu'en ayant recours aux moyens adhésifs, et que l'on évite par là beaucoup d'accidens :* autant vaudrait, dans le traitement des plaies récentes, conseiller de placer des corps étrangers à leur surface pour en hâter la guérison. D'ailleurs, si la solution de continuité cicatrise aussi rapidement dans ce cas que dans celui où l'on tente la réunion, les inconvéniens des deux méthodes seront les mêmes. *On nous reproche de supprimer trop brusquement la suppuration, et l'on emploie précisément le mode de pansement qui doit produire la guérison la plus prompte.*

3°. Puisque nous en sommes à cet article, il faut couler à fond la question : le professeur Dupuytren, qui, jusqu'à ces derniers temps, avait attaché

tant d'importance à la réunion immédiate, a professé tout récemment des principes contraires. Les argumens qu'il a portés contre ce mode de pansement se réduisent aux suivans :

1°. La suppuration des moignons à la suite de l'amputation a été tolérée, provoquée même par les praticiens pendant des siècles; *la réunion immédiate n'est recommandée que depuis trente ans.*

2°. Sur trente amputés traités par la suppuration des moignons, six ont succombé; sur vingt-neuf traités par la réunion immédiate, neuf sont morts. *Donc, etc.*

3°. A la suite des grandes blessures on peut réussir par la réunion immédiate; mais il est dangereux de supprimer la suppuration à la suite des lésions organiques qui conduisent à l'amputation. *Il se manifeste quelque inflammation viscérale et clandestine.*

4°. A la suite de la réunion immédiate, *on remarque plus souvent du pus dans les veines.*

Répondons à chacune de ces objections : nous pouvons le faire, car, d'une part, nous avons assez long-temps étudié les effets de la méthode adhésive, et, de l'autre, nous avons été le témoin oculaire du plus grand nombre de faits sur lesquels M. Dupuytren a établi son opinion.

A. Quant au premier argument, il serait presque superflu de dire que le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu a au moins commis une erreur de date; car, sans parler des écrits de James Jonge, de Sharp et de B. Bell, M. Dupuytren n'est pas sans

connaître le *Manuel pratique de l'amputation des membres*, par Alanson. Du reste, quand il s'agit d'apprécier les avantages ou les inconvéniens d'un procédé opératoire, qu'importe que ce dernier soit récent ou ancien, à moins que le nombre de faits à invoquer soit insuffisant? Or, nous ne pensons pas que ce soit là le cas de la réunion immédiate. Nos devanciers faisaient du mieux qu'ils savaient, voilà tout. Il y a bien d'autres changemens encore à introduire dans la pratique de la chirurgie! et que deviendraient toutes les découvertes si le titre seul d'innovation devait les frapper d'une sorte de défaveur?

B. Sans vouloir rapporter ici textuellement tous les faits que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu, nous en mentionnerons quelques uns, qui ont surtout fixé notre attention.

En raisonnant même *numériquement*, comme l'a fait M. Dupuytren, ce chirurgien habile est tombé, ce nous semble, dans une méprise assez étrange : il a rapporté à la méthode adhésive des accidens qui ne pouvaient avoir aucun rapport avec elle. Sur plus de dix amputations de la cuisse, de la jambe ou du bras que nous l'avons vu pratiquer en tentant la réunion immédiate, jamais il n'a réussi, nous ne voulons pas même savoir pourquoi; et cependant tous ceux de ces malades qui ont péri à la suite d'une inflammation pulmonaire ou autre sont entrés pour leur part dans la liste fatale des amputés morts à la suite de la réunion. Mais suffit-il d'avoir tenté la méthode adhé-

sive pour être en droit de lui attribuer tous les accidens qui peuvent éclater? Réfléchissez aux deux faits dont voici le résumé.

Un jeune homme atteint d'un pied-bot avait été amputé de la jambe (il en a déjà été question); la réunion avait été tentée, mais elle avait entièrement échoué. Le malade meurt d'une pleurésie au huitième jour.

Un autre avait une tumeur blanche au genou: on ampute la cuisse, on rapproche soigneusement les lèvres de la plaie, la réunion échoue encore. Le moignon était en pleine suppuration quand des symptômes pneumoniques surviennent, le malade succombe: inflammation de la plèvre récente, entée sur une pleurésie ancienne, un grand nombre de tubercules dans les poumons. Ce sujet était évidemment phthisique avant l'opération.

Ces exemples, que nous pourrions multiplier à volonté, prouvent que ce n'est pas par des calculs numériques, mais bien par des calculs raisonnés ou intellectuels qu'il faut chercher à comparer les procédés opératoires. Quand la médecine aura pris rang parmi les sciences exactes (si jamais elle arrive à ce point), alors il sera permis de compter avec des nombres. Que sont les faits en médecine s'ils ne sont étroitement liés par leurs détails aux conséquences que l'on veut en déduire? Tout le monde verra, sans doute, avec peine que, dans cette occasion, M. Dupuytren ait plutôt compté que raisonné; et s'il fallait même compter, que seraient les trente exemples de réunion recueillis à l'Hôtel-

Dieu, en face de tous les faits observés en Angleterre, en Écosse, en Irlande, aux États-Unis, en Allemagne, en Prusse, en Italie et dans la plupart des villes de France?

En entendant un chirurgien aussi distingué que M. Dupuytren faire ainsi abstraction de tout ce qui a lieu sur l'ancien et le nouveau Continent, pour ne tenir compte que de ce qui se passe à l'Hôtel-Dieu de Paris, une pensée pénible mais dominante se présente à l'esprit de celui qui l'écoute; il regrette de voir s'isoler en quelque sorte du mouvement général un des hommes qui, par leur position et leurs talens, pourraient le plus contribuer à agrandir la sphère de nos connaissances.

C. En raisonnant encore d'après les faits observés dans le service de M. Dupuytren, nous croyons pouvoir en conclure que si l'on a fréquemment trouvé des inflammations internes sur les individus chez lesquels on avait tenté la réunion, la cause n'en a pas toujours été à ce mode de pansement. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit à ce sujet; mais nous invoquerons le témoignage de M. Dupuytren lui-même ou les faits qui se sont passés sous ses yeux.

Parmi les six amputés qui ont succombé, quoique leur moignon eût été livré à la suppuration, quatre, d'après l'aveu même de M. Dupuytren, ont offert, à l'autopsie, tous les indices d'une inflammation viscérale. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ne se rappelle-t-il pas aussi avoir observé ce même genre d'altération chez des opérés auxquels

on avait amputé un membre à l'occasion d'une lésion traumatique? Naguère (avril 1830), nous assistions, dans son hôpital, à l'examen cadavérique d'un amputé de la cuisse, chez lequel une fracture comminutive avait nécessité cette opération; les poumons présentaient aussi des traces bien manifestes d'inflammation. Mais M. Dupuytren pensait-il, en annonçant à son auditoire la nature des lésions pathologiques que l'on allait trouver, que l'opération avait été faite à l'occasion d'une blessure? Quoique M. Dupuytren eût encore cherché cette fois-là à obtenir la réunion (car il devait le faire d'après les principes qu'il professe), il ne dira certainement pas qu'il eût réussi; car toute la surface du moignon était en pleine suppuration et l'os dénudé et isolé des chairs dans l'étendue de près d'un pouce.

A cette même époque où M. Dupuytren discutait avec chaleur les avantages et les inconvéniens de la méthode adhésive dans les amputations, n'a-t-il pas refusé avec raison de pratiquer une ou deux opérations, alléguant que la malade était déjà atteinte d'une phlegmasie pulmonaire? Les inflammations viscérales coexistent donc de temps à autre avec les lésions organiques. Rarement un centre fluxionnaire profond s'établit dans un point du corps sans que le mal retentisse sur un ou plusieurs viscères. Ces irradiations sympathiques seules expliquent donc en partie ces altérations fréquentes que l'on trouve à la suite des maladies chroniques.

Les plaies faites à la vessie pour l'extraction d'un calcul, l'introduction même beaucoup plus inno-

cente des corps dilatans dans le canal de l'urètre, et surtout leur séjour prolongé dans ce conduit, les grandes blessures, les brulûres étendues ne donnent-elles pas lieu souvent au développement de l'inflammation dans des organes divers? Tous ces faits sont incontestables. Eh bien! ceux-mêmes qui nous enseignent à nous méfier des accidens graves que ces foyers constans d'irritation peuvent engendrer veulent que nous les respections dans d'autres momens. Souvent on ne voudrait pas retarder l'opération, même de trois jours, dans la crainte de n'y être plus à temps, et l'on propose de substituer à la maladie une plaie qui doit durer des mois entiers! L'observation a prouvé, d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, qu'il est excessivement rare d'obtenir une réunion parfaite sur tous les points du moignon. M. Dupuytren lui-même en a fait la remarque.

Afin de ne négliger aucune des circonstances qui pourraient avoir influé sur les calculs fournis par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, ajoutons que plusieurs des amputations qui ont servi à résoudre le problème ont été faites dans le cours de deux hivers les plus froids. Alors, où tant de malades succombaient en ville et dans les salles de clinique internes, à la suite des inflammations de poitrine, comment les amputés seuls auraient-ils pu échapper à l'influence des rigueurs de la saison? Durant ces deux hivers, nous avons eu à Paris jusqu'à douze et treize degrés au dessous de zéro; la Seine a été gelée à plusieurs reprises.

Les objections que nous avons à faire à M. Du-

puytren ne se bornent pas là : si la suppression trop brusque de la suppuration était réellement la cause de ces inflammations viscérales si communes à la suite des grandes opérations, il est bien étonnant que cet opérateur n'ait pas observé toujours les mêmes accidens. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu pourrait-il nous dire pourquoi cette même cause était sans effet à cette époque, où il préconisait tant la méthode adhésive, et où il se fût cru offensé si l'on eût pu penser qu'il ne l'employait pas ? A-t-il perdu le souvenir des allocutions violentes adressées à M. Maunoir au sujet de son *Mémoire sur les amputations?* Il faut avoir un grand fonds de crédulité, disent MM. Roche et Sanson, pour croire que, dans le premier hôpital clinique de France, on n'ait pas recours à la réunion (1).

Au surplus, que M. Dupuytren y fasse bien attention : tout se lie dans les idées qui ont trait à la réunion immédiate : dès l'instant que l'on admet que l'extinction trop prompte d'un foyer inflammatoire peut avoir des inconvéniens, il faut renoncer presqu'en entier aux avantages qu'offre cette méthode. La classe des lésions organiques n'est, malheureusement, que trop nombreuse, et ce sont elles qui, dans les hôpitaux ou dans la pratique civile, nécessitent le plus souvent des opérations. De là, plus de réunion dans l'ablation des cancers au sein, dans l'extirpation de la plupart des tumeurs, dans

---

(1) *Élémens de médecine opératoire,* tome II, page 451.

celles des ulcérations étendues de la lèvre, de la face, etc.; car la suppression de la suppuration dans l'une de ces régions serait-elle moins à redouter que dans toute autre?

Enfin, opposons en dernier ressort à M. Dupuytren les faits recueillis à Paris même par M. Paul Dubois : dans le cours des trois années qui viennent de s'écouler, dit ce chirurgien distingué, vingt-huit malades se sont présentés à la Maison royale de santé pour des affections qui ont exigé l'amputation d'un membre, savoir : dans treize cas, l'amputation de la cuisse; dans douze, celle de la jambe; dans deux, celle du bras; et dans un dernier cas, celle de l'avant-bras.

Chez vingt-cinq de ces malades, les bords de la plaie ont été exactement rapprochés après l'opération, et maintenus en contact avec le plus grand soin : trois seulement ont succombé. L'un d'eux ne put être examiné; d'ailleurs, l'autopsie ne pouvait offrir rien d'important : *il était mort d'hémorrhagie. L'opération avait été nécessitée par une lésion accidentelle; les deux autres ne présentaient aucun indice d'inflammation viscérale, et cependant ils étaient du nombre des vingt qui avaient été amputés pour des maladies anciennes* (1). Ces faits nous dispensent d'aller plus loin.

D. Enfin, pour dernière objection, on dit que la

---

(1) Voyez la lettre insérée par M. Paul Dubois, *Lancette française*, 9 mars 1830, en réponse à M. Dupuytren.

réunion immédiate est dangereuse, parce qu'elle favorise l'absorption du pus par les veines, elle qui, d'autre part, est à craindre, en ce qu'elle empêche la suppuration. Voilà, au moins, une contradiction apparente.

Que l'on ait trouvé de temps en temps du pus dans les veines à la suite de la méthode adhésive, rien de plus vrai; mais le pus y était-il apporté par l'absorption, ou bien avait-il été produit par l'inflammation des vaisseaux? *Je pencherai pour cette dernière opinion*, dit M. Dupuytren. S'il en est ainsi (et nous croyons en effet que c'est là ce qui arrive le plus souvent), qui ne sent à l'instant même combien l'objection portée contre la réunion immédiate est mal fondée? Quoi! la phlébite sera la conséquence de ce mode de pansement qui a précisément pour but de prévenir le développement de la phlogose! mais si le voisinage seul d'une plaie en voie de suppuration a suffi souvent pour donner lieu à l'inflammation des veines correspondantes, la suppuration d'un moignon peut-elle être sans danger par rapport au grand nombre de vaisseaux coupés qui correspondent à sa surface? La chose est impossible. C'est donc à la réunion secondaire que l'on devrait reprocher d'exposer les opérés aux accidens qu'entraîne la phlébite. Du reste, nous avons vu faire assez souvent usage de la méthode adhésive, pour être en droit d'avoir une opinion à ce sujet, et nous pouvons garantir que si quelquefois la veine principale a été trouvée enflammée, c'est qu'on avait été dans la nécessité d'en faire la liga-

ture. Les faits observés à la Pitié en sont une preuve bien manifeste.

Puissions-nous avoir satisfait aux désirs de M. Dupuytren, qui voulait que ses opinions fussent divulgées, afin qu'elles inspirassent aux chirurgiens l'envie de faire des contre-épreuves, et de le combattre, non par des raisonnemens, mais par des faits!

C'en est assez sur les amputations en général; attachons-nous à des faits d'une plus haute importance, et parlons de la désarticulation de la cuisse.

4°. L'idée seule de cette opération arrêta longtemps la main des chirurgiens les plus hardis, et plus d'une fois leur esprit recula d'effroi devant cette entreprise. Je sais très bien, disait Pott, que l'amputation de la cuisse dans l'article n'est pas une opération impraticable, quelque cruelle qu'elle soit. Je ne dirai pas que je l'aie faite, mais je l'ai vu pratiquer, *et certainement je ne la ferai jamais si ce n'est sur le cadavre* (1). Callisen avait aussi peine à croire que l'on pût jamais faire cette opération avec succès (2), et M. Richerand a avancé qu'à moins que le membre ne soit presque détaché par la maladie ou par un accident, un chirurgien prudent doit s'abstenir de faire cette opération (3).

Telles étaient, en effet, les idées régnantes lors-

---

(1) Pott, ou Amputation.

(2) *Systema chirurgiæ hodiernæ,* tome II, page 418, 2e. édit.

(3) *Nosogr. chir.* tome IV, page 519, 4e. édit.

que quelques essais, faits d'abord en Angleterre et en France, vinrent changer à cet égard la face de la question, et présenter comme faisable et susceptible de réussite une entreprise chirurgicale qui avait jusqu'alors inspiré les plus vives craintes.

M. Larrey, encouragé par ce grand nombre de succès qu'il avait obtenus sur le champ de bataille, pratiqua deux fois cette opération en Égypte et une fois à l'armée du Rhin. A la bataille de Wagram, il la fit aussi sur deux soldats de la Garde impériale, dans les circonstances les plus fâcheuses; mais elles furent toutes les deux suivies de la mort. Celles qu'il pratiqua durant la campagne de Russie ne furent pas plus heureuses. Depuis lors, ces tentatives ont été répétées par d'autres chirurgiens, et l'on compte aujourd'hui plusieurs succès. Le premier appartient à Brownrigg, qui pratiqua cette opération le 12 décembre 1812, le second à M. Guthrie, le troisième à M. Rush, le quatrième à M. Delpech. Le dernier est celui sur lequel nous arrêterons plus spécialement notre attention, attendu qu'il s'est passé sous nos yeux.

Quarante-troisième observation.

Désarticulation de la cuisse. — Réunion immédiate par la suture. — Guérison très rapide. — Le malade a été conduit par M. Delpech, à Paris, et présenté à l'Académie.

Joseph Morel, natif de Montfranc (Aveyron), jouit d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de quinze ans; mais après des fatigues de longue durée et des nuits passées sans abri, il éprouva des douleurs vagues dans toute l'étendue de la cuisse droite.

Leurs progrès furent d'abord insensibles et le malade n'y porta pas beaucoup d'attention; obligé de poursuivre ses travaux pour fournir à ses besoins, il s'y livra avec opiniâtreté, quoique cependant le membre commençât à devenir le siége d'un engorgement considérable qui se termina par un abcès. Celui-ci fut bientôt suivi d'un grand nombre d'autres, qui restèrent fistuleux, et d'où s'échappaient de petits fragmens osseux nécrosés.

Durant dix-neuf ans, Morel supporta avec patience la rigueur de son sort, suspendant ses travaux lorsque de nouveaux abcès se formaient, mais s'y livrant de rechef dès que son état le lui permettait. Enfin, fatigué par tant de souffrance, il arriva à l'hôpital Saint-Éloi, le 20 août 1823.

Ce fut toujours en vain qu'on chercha pendant près d'un an à lutter, par des moyens locaux et généraux, contre la maladie qu'il portait. La consomption allait toujours en augmentant, l'appétit se détériorait, les fonctions digestives se faisaient mal; il y avait de l'insomnie, de la fièvre et de la diarrhée. Enfin, il était démontré, pour tous les assistans, que Morel succomberait sous peu, si l'on ne prenait quelque moyen extrême. M. Delpech lui proposa l'opération, et elle fut pratiquée le 21 juin 1824 (1).

On commença d'abord par faire la ligature de

---

(1) Voyez, pour les détails opératoires et l'état du lambeau, *Revue médicale,* septembre 1824. *Thèse de M. Redon,* n°. 26, année 1825, pages 30 et 31.

la crurale immédiatement au dessous de l'arcade et l'on forma un large lambeau aux dépens des muscles de la partie interne de la cuisse. La plaie qui en résulta était énorme, mais régulière, à cause de l'inflammation qui avait uni toutes les parties molles entre elles; ce qui rendit difficile la ligature des vaisseaux.

L'opérateur n'eut alors rien de plus empressé que de procéder à la réunion de la plaie, *ce qu'il fit quoique avec peine*. Des points de suture en grand nombre furent pratiqués en procédant des angles vers le centre, pour faire mieux céder les parties. L'assujettissement du lambeau aida beaucoup à distribuer d'une manière égale les parties dans leurs rapports naturels. On appliqua des bandelettes pour mieux coapter le tout (car la suture n'embrassait que la peau). Le moignon fut couvert ensuite de charpie, de longuettes, *et enveloppé d'un bandage étoilé fortement serré. La plaie qui avait servi à mettre à découvert l'artère crurale fut aussi réunie au moyen de trois points de suture et de quelques bandelettes*.

Après l'opération, deux grains d'opium : journée assez bonne, nuit mauvaise; bouffées de chaleur, suffocation, quelques douleurs de tête.

Le 22 juin, pouls fréquent et vif, face légèrement animée; ventre douloureux vers l'hypogastre; deux lavemens émolliens, fomentations sur l'abdomen, limonade, potion avec cinq grains extrait de jusquiame blanche; deux selles, nuit calme, quelques heures de sommeil.

Le 23, calme parfait, tendance adynamique, limonade vineuse, infusion de fleurs de tilleul, nuit bonne.

Le 26, on renouvelle l'appareil : moignon affaissé, suintement séreux de tous les bords de la plaie; état général du corps, bon.

Le 29, la plaie est déjà solidement réunie à ses angles, suppression de plusieurs points de suture, un peu de suppuration provenant de la cavité cotyloïde, chute de trois ligatures; *le malade prend deux soupes, deux bouillons.*

Le 30, on enlève les autres points de suture (côtelette le matin, et la soupe le soir). Morel reprend déjà ses forces.

Le 18 juillet, *le moignon est totalement cicatrisé,* à l'exception d'un seul point répondant au sommet du lambeau, et par lequel on exprime *quelques gouttes de sérosité. La plaie de l'aine est guérie.* Le malade quitte son lit, et le 22 il se promène, à l'aide de béquilles, dans les salles de l'hôpital.

Le 20 août, un corps blanc se présente à l'endroit qui n'est pas encore fermé : on reconnaît une portion du fibro-cartilage qui couronne le rebord de la cavité cotyloïde, on l'extrait et dès ce moment la guérison est parfaite.

Réflexions. Cette observation, que l'on trouvera accompagnée de tous ses détails dans la *Revue médicale,* offre un exemple peut-être unique en son espèce, celui d'une désarticulation de la cuisse nécessitée par les progrès d'une lésion organique

intéressant le corps du fémur, et n'en fait que mieux sentir le besoin d'avoir préalablement recours à la ligature de la crurale. Cette première opération ajoute, il est vrai, à la douleur qu'éprouve le malade; mais aussi quand on pense au grand nombre de vaisseaux artériels que l'on est obligé de couper, aux communications directes, et nombreuses qui existent entre les rameaux de l'hypogastrique et ceux de la crurale, au volume que ces derniers peuvent acquérir par la persévérance de l'inflammation, on peut prévoir toute l'importance de cette mesure. Dans deux cas d'opération de ce genre auxquels nous avons assisté et où l'on avait fait préalablement la ligature, nous avons vu jaillir à l'instant le sang par une multitude de vaisseaux. Qu'eût-ce été si l'on se fût contenté de la compression? Que serait-ce si, par l'effet d'un mouvement inattendu, l'artère échappait à la main de l'aide qui la presse? Jusqu'à présent on n'a guère pratiqué l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale qu'à l'occasion des lésions traumatiques, et néanmoins M. Larrey avait cru nécessaire de recourir à cette précaution. Le précepte est encore bien plus urgent dans les cas dont nous parlons.

D'après ce que nous avons déjà dit tant de fois en faveur de la réunion immédiate, comment ne pas nous arrêter encore ici pour faire l'apologie de ce moyen? En effet, jamais circonstance plus favorable pour montrer les heureux effets de ce mode de pansement. La totalité du membre abdominal est emportée, une plaie énorme en résulte, on en

réunit les bords, et dans huit jours les quatre cinquièmes de la plaie sont déjà cicatrisés. Le malade n'éprouve aucune espèce d'accident local ni général, une simple potion antispasmodique suffit pour tout ramener dans l'ordre. Sous peu, on donne à manger au malade, et le vingt-septième jour, cette vaste solution de continuité est oblitérée, à l'exception du point central. Trois jours après, le malade se promène dans les salles.

Nous avons été témoin d'une autre désarticulation de la cuisse, pour laquelle on a encore réuni la plaie et où les résultats ont été encore, à peu de chose près, les mêmes; mais, vers la fin du deuxième mois, une hydropisie ascite est survenue et le malade est mort. L'opération avait été faite pour une fracture non consolidée du fémur, à l'occasion de laquelle on avait passé en dernier lieu un séton entre les deux fragmens. Depuis dix-huit mois, le malade traînait dans les hôpitaux. Notez bien que dans ce cas, où il n'y avait aucune plaie au membre si ce n'est celle faite par le séton, le malade est mort; tandis que dans l'autre, où la cuisse était couverte d'un nombre infini d'ouvertures fistuleuses, qui fournissaient du pus depuis plusieurs années, l'amputé a acquis un embonpoint extraordinaire.

M. James Syme a pratiqué en Angleterre la même opération: la plaie a été réunie immédiatement et la cicatrisation opérée avant le trentième jour. Disons-le donc avec assurance: le succès de la désarticulation de la cuisse est lié de la manière la plus

étroite à l'emploi de la méthode adhésive, et nous ne conseillerions jamais de faire cette opération, si l'on ne devait avoir recours à ce mode de pansement.

Dans les deux cas précités, mais surtout dans le premier, le lambeau formé aux dépens de la partie interne de la cuisse se trouvait en très mauvais état. Il était comme couenneux, lardacé et infiltré de sérosité, et ne se prêtait que difficilement à l'inflexion qu'il fallait lui donner pour le mettre en rapport avec les bords de la section des parties molles. Le professeur Delpech désespéra même un instant d'y parvenir, et s'il n'eût employé à la fois la suture, les bandelettes et un bandage fortement compressif, il n'aurait certainement pas réussi. Mais il avait calculé d'avance toute l'importance de la réunion immédiate, et il voulait l'obtenir à quelque prix que ce fût : aussi, combina-t-il divers moyens.

Nous ne signalons cette circonstance que parce que M. Margot, dans un article inséré dans les journaux, a cherché à prouver que les parties molles passées à cet état d'engorgement œdémateux sont susceptibles d'être rappelées à leur état primitif, et peuvent ainsi servir à recouvrir des moignons. « Mais pour cela, dit-il, il ne faut pas réunir les » plaies par première intention, il faut, au con» traire, les abandonner à l'état inflammatoire (1). » Or, cette assertion est démentie par le fait que nous venons de rapporter; et si l'on se rappelle encore ceux empruntés à M. Maunoir, on verra

(1) *Revue médicale*, année 1827.

que, dans la première opération faite à ce malheureux jeune homme, auquel il fallut amputer les deux cuisses, le lambeau qui servit à recouvrir le moignon était dans le même état.

Il est une autre remarque pratique qui se lie aux amputations en général, et plus particulièrement à celle de l'articulation coxo-fémorale. Il est bien reconnu que si l'on ne diminue pas les moyens d'alimentation chez les individus qui subissent de telles opérations, il survient quelquefois chez eux une fluxion grave ou un état apoplectique, dont la véritable cause est la surabondance de matière nutritive destinée à l'entretien de quatre membres chez un sujet qui n'en a plus que trois. Toutes les personnes qui ont vécu dans les hôpitaux ont pu s'assurer de l'exactitude de ce fait; il importe beaucoup d'en tenir compte. Tel qui, avant de subir une amputation, avait des formes très chétives, acquiert souvent après l'opération un embonpoint démesuré.

5°. Quoique, dans la désarticulation de l'épaule, la réunion immédiate soit moins indispensable que dans celle de la cuisse, vu la moindre étendue des surfaces mises à découvert, il ne faut pas perdre de vue le voisinage qu'il y a entre le creux de l'aisselle et la cavité du thorax. Là, correspondent des vaisseaux et des nerfs très gros et très nombreux; là, se trouve du tissu cellulaire qui communique directement avec celui de la poitrine, toutes dispositions anatomiques qui ne sont pas à dédaigner. Aussi, est-on à peu près d'accord sur

l'importance qu'il y a à réunir les bords de la plaie. La seule difficulté consiste à savoir quels sont les moyens à préférer.

Vu la forme la plus ordinaire du lambeau, on parvient assez aisément à le mettre en contact avec les parties subjacentes, et les bandelettes agglutinatives suffisent. Cependant, il peut se présenter des cas dans lesquels l'altération profonde qu'ont subie les tégumens ou les muscles exige que l'on s'écarte des règles voulues, et réclame conséquemment l'emploi de quelque moyen synthétique plus efficace : alors la suture peut devenir utile. Cinq à six fois nous avons vu opérer la réunion à l'aide de ce moyen.

6°. A propos des amputations dans la contiguité des membres, disons un mot des amputations partielles du pied.

Déjà la chirurgie avait été enrichie par Chopart d'une nouveau mode opératoire, lorsque M. Lisfranc, dont le génie s'applique toujours à des inventions utiles, signala à l'attention des hommes de l'art un procédé bien plus avantageux encore, celui de l'amputation tarso-métatarsienne. Outre que cette manière d'opérer fournit le moyen de conserver au pied une base plus large, il offre le précieux avantage de ne pas toucher à l'attache du muscle jambier antérieur ; ce qui peut servir, jusqu'à un certain point, à faciliter la marche.

Au reste, la rétraction du talon ne dépend pas seulement de cette circonstance : la position que

l'on donne au membre après l'opération, et le plus ou moins de soins que l'on met à réunir la plaie, influent aussi pour beaucoup sur le résultat. En effet, il est aisé de concevoir comment, en plaçant la jambe dans un état de flexion et favorisant par tous les moyens possibles l'adhésion des surfaces mises en contact, la réunion des parties divisées établit bientôt une puissance capable de balancer la contraction des muscles. Ainsi donc, dans les amputions partielles du pied, il y a un motif de plus pour avoir recours à la méthode par recouvrement.

Le plus beau succès que j'aie obtenu à la suite de la réunion, nous dit M. Gensoul, est celui fourni par une amputation partielle du pied, d'après la méthode de Chopart. Le grand lambeau plantaire s'est appliqué tellement exactement sur les surfaces articulaires et s'est réuni d'une manière si intime avec le petit lambeau antérieur, qu'à peine aperçoit-on la trace de la cicatrice. Le tendon du jambier et de l'excurseur s'est réuni au tissu de la cicatrice, et permet au malade de faire mouvoir le moignon, qui est si solide et sert si bien de base de sustentation, quoi qu'en aient dit Sabatier et J.-L. Petit, que le malade est venu à pied, en un seul jour, de Ville-Franche à Lyon (5 lieues).

Que répondront à ce fait ceux dont les idées, dites *physiologiques*, les empêchent de concevoir l'adhérence des chairs avec les surfaces osseuses. Pour nous, qui raisonnons moins, mais qui observons peut-être avec autant d'attention, le fait n'est plus

douteux. Pour que la réunion s'opère, il n'est pas indispensable que la surface de l'os ait fourni des *bourgeons charnus*, comme on l'a dit, comme on le répète, et comme on le répétera encore longtemps. Si les parties molles se trouvent dans des conditions favorables, elles verseront par leur surface profonde une matière plastique (n'importe le nom), qui les fera adhérer avec les os subjacens absolument à la manière des parties molles. Le fait n'est pas constant, mais il n'est pas impossible. Son exactitude a été constatée dans l'un des premiers hôpitaux de Paris. Nous étions présens, et nous pouvons l'affirmer sans crainte d'être démenti.

Loin de nous l'idée de vouloir insinuer que l'on évite toute espèce d'accident en réunissant la plaie : le fait suivant le prouve.

Quarante-quatrième observation.

Carie du premier os du métatarse et de l'os cunéiforme correspondant. — Amputation partielle du pied. — Réunion immédiate. — Nécrose des tendons des muscles péronier et jambier. — Abcès à la jambe. — Pleuro-pneumonie. — Mort. — Examen cadavérique.

Pierre Portier, âgé de vingt-neuf ans, natif d'Espalion, département de l'Aveyron, tourmenté, depuis près de trois ans, par une lésion organique des os du pied, contre laquelle il avait déjà essayé en vain un grand nombre de remèdes, se dirigea vers l'hôpital de Montpellier, où il fut admis le 9 août 1827.

Le pied, quoique tuméfié dans sa presque totalité, offrait néanmoins un peu plus d'engorgement

vers le bord interne que partout ailleurs; il était surtout douloureux aux trois premiers orteils et aux os correspondans du métatarse. Entre le premier et le second métatarsien, on voyait sur la face dorsale du pied une ulcération, dont l'ouverture, garnie de chairs rouges et boursouflées, laissait pénétrer un stylet jusqu'aux os.

Rien jusqu'alors n'avait pu ralentir les progrès du mal; sa marche paraissait même avoir été exaspérée par quelques injections faites avec un liquide irritant.

Tel était l'état des choses, lorsque le professeur Lallemand, sentant l'impossibilité de triompher d'une maladie aussi ancienne, proposa l'amputation partielle du pied, laquelle fut pratiquée selon le procédé de Chopart. Quoique le lambeau eût longtemps souffert par le voisinage de l'inflammation, il fut réappliqué avec le plus grand soin, et maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage en forme de capeline.

Depuis le moment de l'opération (c'était le 18 août 1827) jusqu'au 23 du même mois, tout fut à merveille. On enlève le premier appareil, et l'on trouve le lambeau déjà en grande partie recollé. La fièvre a cessé. (Bouillon et soupe.)

Le 30, les bandelettes sont changées pour la seconde fois : on trouve la peau du moignon rouge et tendue, et le malade dit éprouver beaucoup de douleur au côté externe.

Le lendemain, en renouvelant le pansement, on découvre un petit abcès vis à vis la malléole, on

donne un coup de lancette et il en sort du pus mêlé de sang.

Le malade paraît d'abord soulagé; mais bientôt de nouveaux abcès se forment le long des tendons des péroniers latéraux et des extenseurs des orteils, et le pus reflue par les points de la plaie non encore réunis; la diarrhée éclate en même temps. (Nouvelle ponction, diète, diascordium, lavemens avec dix gouttes de laudanum.)

Bientôt ces symptômes s'accroissent; le flux diarrhoïque devient plus abondant, la fièvre reparaît, le ventre est douloureux à la pression, la suppuration du moignon est de plus en plus abondante; *il se détache quelques portions de tendon nécrosées.* (Sangsues à l'épigastre, fomentations sur l'abdomen, boissons mucilagineuses, cataplasmes émolliens sur le moignon.)

Il y a un moment de calme; mais le hoquet, qui jusqu'alors n'avait été que très léger, acquiert assez d'intensité pour fatiguer le malade et exiger une médication particulière. (Sangsues, sinapismes, vésicatoires camphrés, moxa sur l'épigastre, rien ne peut l'arrêter.)

Durant cet intervalle, un nouvel abcès se forme dans l'articulation tibio-tarsienne, et l'on est obligé de faire une troisième ponction, ceux de la jambe fournissant encore beaucoup de pus.

Depuis quelques jours, on avait aussi remarqué une grande gêne dans la respiration et l'expulsion d'une matière mucoso-purulente assez abondante.

Dès lors, nouvel accroissement dans les symp-

tômes, décollement des tégumens de la jambe et du lambeau déjà réuni, diarrhée incoërcible; mort le 13 septembre à onze heures du soir.

Tête : Léger épanchement de sérosité dans l'arachnoïde, matière gélatineuse au dessous de cette membrane, et entre les circonvolutions et les anfractuosités cérébrales.

Poitrine : Traces bien évidentes d'inflammation et dans les poumons et à la surface des plèvres, notamment du côté gauche. Environ un verre de sérosité lactescente dans le sac pleural.

Bas-ventre : Péritonite légère, occupant principalement le flanc gauche et la partie correspondante de la face inférieure du diaphragme. La membrane séreuse a perdu son luisant naturel, et contient un peu de sérosité, dans laquelle nagent quelques flocons gélatineux.

La surface interne de l'estomac n'offre aucune espèce d'altération; mais cet organe renferme quelques vers lombricoïdes. Le reste du tube intestinal ne présente que par intervalles, et surtout vis à vis la valvule iléo-cœcale, quelques taches rouges. Rien de plus dans l'abdomen.

Membre amputé : Le lambeau plantaire n'adhère encore que par quelques points de son contour : la surface de l'astragale et du calcanéum, dépouillée de son cartilage, fournit, par la pression, une matière jaunâtre, et se laisse entamer par le scalpel. L'articulation tibio-tarsienne a aussi pris part à l'inflammation.

Tous les environs sont abreuvés de pus, les mus-

cles de la région antérieure de la jambe décollés en grande partie, et leurs tendons nécrosés, le péroné est dénudé et noirâtre jusque près du milieu de la jambe.

Réflexions. Déjà plus de dix jours s'étaient écoulés depuis le moment de l'opération, le lambeau était réuni en grande partie, et rien n'était encore survenu. Au moment que l'on y pensait le moins, une inflammation éclate, un abcès se forme, et tout change à l'instant. Jusque-là, on ignore la cause de ce qui se passe; mais on voit paraître à travers la plaie une portion de tendon nécrosée, et l'on sait dès lors à quoi s'en tenir.

De nouveaux abcès se forment, et les bords de la plaie, déjà réunis, se décollent. Enfin, l'inflammation locale, faible d'abord, acquiert un degré d'intensité plus grand, les sympathies viscérales se réveillent, et de nouveaux symptômes viennent se joindre aux premiers. Les membranes séreuses de la tête, de la poitrine et du bas-ventre s'enflamment presqu'en même temps, la scène se complique de plus en plus, et le malade, en proie à tant de maux, succombe.

Mais est-ce à la réunion immédiate qu'il faut rapporter cet événement? Partout où l'on aura un grand nombre de tendons à la surface du moignon, la réunion ne se fera que difficilement, et l'on sera exposé aux mêmes accidens. Gardons-nous de croire qu'on puisse les éviter en faisant suppurer la plaie: au contraire, ce serait un nouveau motif pour les provoquer. Si les tendons se

mortifient, c'est qu'ils sont impropres à supporter l'élan inflammatoire. Or, si nous les soumettons à cette épreuve, nous nous exposons précisément aux chances que nous voulions éviter.

Ce même fait vient à l'appui de notre réponse à l'une des plus fortes objections portées contre la réunion immédiate : tant que l'adhésion du lambeau a été solide, tout a été bien ; mais dès que ce dernier a commencé à se décoller et la suppuration à paraître, les complications ont éclaté. Ainsi, admettons, avec nos antagonistes, que, dans quelques cas, la suppression trop brusque de la suppuration peut avoir des inconvéniens ; mais que l'on reconnaisse aussi ceux qu'entraîne une méthode contraire.

7°. En nous élevant contre les opérateurs qui n'ont pas recours à la réunion primitive, ne leur prêtons pas un langage différent de celui qu'ils parlent : si MM. Larrey et Dupuytren ont cru reconnaître quelques inconvéniens à ce mode de pansement, ils n'en sont pas au point de conseiller encore le tamponnement. Au contraire, l'un et l'autre de ces deux grands chirurgiens conseillent de maintenir les parties dans un léger état de rapprochement, soit à la faveur d'un emplâtre de styrax, soit à l'aide de quelques bandelettes, de manière à pouvoir tenter la réunion dès l'instant que la première période inflammatoire sera tombée. Mais qui ne voit qu'en agissant ainsi ils laissent échapper le seul moment vraiment favorable qu'il y ait pour procurer l'adhésion des organes mis en

contact ? Aussi examinez ce qui a lieu, et vous verrez qu'il faut des mois entiers pour obtenir la cicatrisation d'une plaie que l'on eût pu oblitérer dans un espace de temps bien plus court. En outre, comparez l'aspect que présentent les cicatrices obtenues dans ce dernier cas à celles que donne la réunion immédiate, et vous aurez un motif de plus pour accorder la préférence à la méthode adhésive.

Au reste, les principes relatifs à l'emploi de cette méthode sont-ils tellement bien arrêtés, qu'un praticien puisse, en invoquant son expérience seule, juger la question en dernier ressort ? Nous ne le pensons pas, et nous n'en donnerons pour preuve que la différence énorme qui existe entre la manière d'opérer du professeur Dupuytren et celle du professeur Delpech dans l'amputation de la cuisse, par exemple.

L'un arrive, du premier coup de couteau, jusqu'à l'os, et taille secondairement les chairs en forme de cône creux ; l'autre incise la peau et la dissèque, coupe les muscles perpendiculairement et à un travers de doigt au dessus de l'incision des tégumens, et les détache de la périphérie du fémur dans une certaine étendue. Celui-ci lie deux ou trois artères principales, et renvoie celle des autres à une demi-heure après l'opération ; celui-là embrasse tous les vaisseaux avec le plus grand soin, et ne s'en rapporte à personne sous ce rapport. M. Dupuytren confie le pansement à ses élèves, rapproche les parties molles de dehors en dedans, n'emploie jamais que les bandelettes, place

le moignon sur un coussin incliné, et le fixe à l'aide d'un drap de lit jeté en sautoir; M. Delpech applique non seulement le premier appareil, mais fait les pansemens suivans : il réunit la plaie d'avant en arrière, se sert de la suture, pose le membre sur un plan horizontal, et met à côté du malade une personne spécialement chargée de prévenir les déplacemens que le moignon pourrait éprouver. Et l'on voudrait que cette manière si différente de procéder et pendant et après l'opération ne fût pour rien dans les résultats!

Disons-le, puisque l'occasion se présente : quand des praticiens d'un si grand mérite obtiennent des effets si opposés par une même méthode, il faut en chercher la cause dans les détails mêmes de l'opération et du pansement. Ce sont ces détails qui assurent les succès.

8°. C'est surtout dans les amputations des membres qu'il importe de redoubler de soins pour obtenir l'adhésion immédiate : quoiqu'il soit aujourd'hui bien démontré que la présence d'un os au centre d'un moignon ne s'oppose pas invinciblement à la réunion, on ne saurait néanmoins disconvenir que cette circonstance ne réclame de nouvelles précautions de la part de l'opérateur. Ainsi, quel que soit le membre que l'on ampute, il importe que les coupes soient nettes, régulières, faites hardiment, et de manière que les parties molles soient toutes divisées sur le même niveau; sans quoi, il se forme dans les interstices des épanchemens qui s'opposent au succès de la méthode. Il n'est pas

moins essentiel que ces mêmes parties molles aient un excédant sur les os qui permette de les ramener sans le moindre effort, même en tenant compte de leur rétractilité. Ces choses sont faciles à dire et à apprécier; mais elles n'en présentent pas moins de difficulté. Nous avons vu souvent des hommes, même très habiles, manquer à toutes ces règles, exercer des violences devenues inévitables sur des chairs coupées trop court, les fouler contre les os en voulant les affronter, et donner naissance à des accidens que l'on eût pu éviter si l'on eût opéré d'une manière convenable.

Enfin, bien que la plupart des chirurgiens français et étrangers n'emploient que les bandelettes agglutinatives, nous ne pouvons nous empêcher de répéter ici combien la suture entrecoupée, faite de manière à n'embrasser que la peau et à n'exercer aucune espèce de tiraillement, nous a paru être avantageuse à la suite des amputations. Nous ne voulons pas dire que ceux qui n'en font pas usage ne réussissent pas; nous connaissons trop de praticiens recommandables qui ne s'en sont jamais servis, pour élever le moindre doute à cet égard; mais tout ce que nous pouvons affirmer (et cet aveu n'est pas sans importance), c'est que toutes les fois où il nous a été possible de comparer les résultats obtenus par l'un ou l'autre moyen, le parallèle a toujours été à l'avantage de la suture. Au surplus, il ne s'agit pas de savoir si l'un de ces moyens l'emporte sur l'autre; car l'emploi de la suture n'exclut pas celui des bandelettes. Or per-

sonne ne pourra contester que ces deux moyens réunis ne maintiennent beaucoup mieux les parties en contact que ne le ferait l'un ou l'autre séparément.

Le professeur Lallemand, qui, quoique partisan de la réunion immédiate, n'employait que rarement la suture, a eu tout récemmeut recours à ce moyen dans trois cas différens : le premier, dans une amputation de l'avant-bras, la plaie était entièrement fermée le sixième jour; le second, dans une amputation de la cuisse, la réunion a été complète dès le quatorzième; enfin, il n'a fallu que vingt jours pour oblitérer une plaie de près de dix pouces de long, faite à l'occasion de l'extirpation d'un cancer au sein (1). Espérons que cet exemple, donné à la face de toute une école par un observateur aussi judicieux que M. Lallemand, produira quelque impression sur les esprits. Que de gens s'élèvent encore contre la suture sans l'avoir même jamais vu employer!

---

(1) Les détails relatifs à ces trois faits, que nous nous dispensons de rapporter ici, nous ont été transmis par M. Girou, premier chirurgien interne à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier.

ARTICLE VIII.

DES RÉSECTIONS OSSEUSES.

Les résections osseuses sont au nombre des maladies chirurgicales auxquelles on n'a point encore porté une attention suffisante. En effet, il n'est pas indifférent, comme on a pu le supposer, d'amputer ou de réséquer un membre, chacune de ces opérations réclame des conditions toutes particulières pour réussir. Par exemple, peut-on sans danger mettre à découvert des surfaces articulaires déjà profondément malades, dans la vue d'en affronter les extrémités; d'une autre part, est-il toujours permis de faire le sacrifice d'un membre pour une lésion organique encore peu étendue? Ce sont là deux questions fort importantes à résoudre.

1°. En comparant les faits que renferment les fastes de l'art ou ceux qui se sont passés sous nos yeux, nous pensons que, pour bien apprécier les avantages et les inconvéniens des résections osseuses, on devrait d'abord distinguer les cas où il s'agit de remédier aux désordres produits par une blessure de ceux où ils proviennent d'une lésion organique.

Les résections sont toujours des opérations longues et d'une exécution difficile, et si l'on opère sur des sujets épuisés déjà par une maladie ancienne, il est à craindre qu'ils succombent à l'épreuve seule de l'opération. Anssi faut-il savoir

prendre un parti de très bonne heure, si l'on veut éviter d'en venir à l'amputation.

Ici naît une autre difficulté : pour être sûr que l'opération que l'on va faire est indispensable, il faudrait pouvoir connaître *à priori* la nature, l'étendue et la profondeur des lésions organiques. Or, nous avons de bonnes raisons pour penser que ce genre de diagnostic est très difficile, à moins que la destruction des os et des cartilages ne soit portée très loin. Nous nous basons sur l'examen attentif que nous avons fait d'un grand nombre d'articulations après l'amputation des membres, et mieux encore sur celui des surfaces articulaires enlevées dans divers cas de résection. Tantôt nous avons reconnu que l'opérateur n'avait pas emporté la totalité du mal; tantôt, au contraire, nous avons eu la douleur de nous convaincre que l'on eût pu se dispenser de l'opération. Tel est le cas d'un malheureux jeune homme qui succomba à la résection du genou, et dont nous conservons soigneusement l'histoire. On avait cru à l'existence de lésions organiques profondes, et l'on apprit, mais trop tard, que les parties molles seules étaient altérées et converties en une matière rougeâtre et fongueuse, présentant çà et là de petits foyers purulens. Puisse ce fait que nous nous contentons de signaler, donner la mesure de la réserve que l'on doit apporter dans l'application du mode opératoire dont il s'agit !

Cet inconvénient ne peut guère avoir lieu pour

les lésions traumatiques : ici il existe une solution de continuité aux tégumens, à travers laquelle on peut jusqu'à un certain point mesurer d'avance l'étendue des désordres que l'os a éprouvés, et calculer les chances de succès que l'on peut avoir. Aussi c'est surtout dans ce genre de maladies que les résections trouvent de justes applications.

2°. Au surplus, quelle que soit la cause pour laquelle on se décide à faire cette opération, il ne faudrait pas s'y résoudre trop facilement : les tentatives de White, de Park, de Moreau et d'une foule d'autres praticiens sont sans doute très louables, puisqu'elles ont eu toutes pour but d'étendre les ressources de l'art ; mais nous devons éviter de donner dans l'exagération, dans laquelle quelques uns d'entre eux sont tombés. Ainsi, vouloir proposer la résection de l'extrémité supérieure du fémur ou celle du genou, ce serait compromettre mal à propos la vie des infortunés confiés à nos soins, alors que l'amputation peut seule les arracher à la mort. Voyons quels sont les résultats que l'on a obtenus de la résection faite à l'articulation tibio-fémoro-rotulienne.

Encouragé par un demi-succès, Moreau pratiqua, en 1811, cette opération pour un cas de *carie. La guérison se fit attendre près de huit mois et voici en quel état se trouvait le blessé en* 1813. Le fémur et le tibia, l'un sur l'autre mobiles, se rencontraient bout à bout sans être soudés ; l'extrémité inférieure du premier de ces os était très élargie et plus saillante en dehors. Le raccourcissement pou

vait être évalué à cinq pouces. Le sujet ne marchait qu'avec peine, aidé de deux béquilles et portant un soulier à gros talon.

Le malade opéré par Park n'eut pour prix de ses longues souffrances et des dangers qu'il courut, qu'un membre difforme et qui lui était plus à charge qu'utile. M. le professeur Roux fit, en 1816, *la même opération à un homme de trente-deux ans, qui succomba le dix-neuvième jour. Le* 14 *novembre* 1820, *le professeur Delpech l'a pratiquée en notre présence, et le malade est mort un mois après.*

De tous ces faits nous concluons que les résections dans la contiguité des os ne sont guère applicables qu'aux membres supérieurs. Dans ces derniers, il s'agit moins de conserver à une articulation sa mobilité ou sa solidité, que le membre dont elle fait partie, et quoique la consolidation osseuse ne se fasse jamais qu'incomplétement, c'est déjà beaucoup que d'avoir pu se dispenser d'en venir à l'amputation.

Au contraire, pour les membres inférieurs, les résultats que l'on en retire ne sauraient en aucune façon compenser les dangers que court le malade. Jamais le cal ne sera assez solide pour supporter le poids du tronc et permettre au blessé de se livrer sans difficulté à la déambulation.

3°. Il est encore une autre circonstance qui rend le succès des résections bien plus douteux lorsqu'on pratique cette opération pour un cas de lésion organique : outre que les parties molles dont

on a besoin pour recouvrir les surfaces nouvelles ont souffert depuis long-temps par l'effet même de l'inflammation chronique, il arrive souvent que les individus que l'on opère portent dans les poumons, le foie ou tout autre organe le germe du mal qui a déjà altéré la texture des os. Dans ces cas, l'ébranlement qui résulte de l'opération suffit pour réveiller toutes les causes de maladies, et déjouer toutes les combinaisons de la chirurgie et de la médecine.

C'est en partant de cette idée et de l'état de dépérissement dans lequel se trouvent la plupart des sujets au moment qu'ils vont subir l'opération, que l'on sent ici plus que partout ailleurs le besoin de réunir les parties par première intention. Ce n'est pas qu'avec des conditions locales aussi défavorables on puisse se promettre une adhésion aussi parfaite que celle que l'on obtient à la suite des amputations; mais c'est être encore assez heureux que d'avoir des réunions partielles et de diminuer d'autant l'intensité des accidens inflammatoires : car, quoi de plus propre à la solliciter que les violences auxquelles on soumet les parties molles pour pouvoir aisément réséquer les os ?

4°. Un auteur dont le nom nous commande à la fois le respect et la reconnaissance a prétendu dernièrement que le tissu fibreux qui sert dans ce cas à rapprocher les fragmens osseux ne pouvant être engendré que par l'inflammation suppurative, il importait de ne pas réunir la plaie par première intention; car, dit-il, si les parties profondes

se réunissaient, il n'y aurait pas formation de tissu fibreux, et par suite pas de réunion entre les os; il veut même qu'au moment de l'opération, on passe un fil entre les fragmens osseux, de manière à pouvoir par la suite y glisser un séton et favoriser ainsi l'ossification du produit fibreux.

Cette remarque, qui jusqu'à présent émane moins de l'observation directe des faits puisés dans l'histoire même des résections osseuses, que de la théorie sur la formation des inodules, a bien son côté de vrai; mais nous croyons qu'il ne serait pas sans inconvénient d'en faire une application trop rigoureuse. Et d'abord, ce qui peut déjà faire supposer que la suppuration n'est pas toujours également nécessaire, c'est que l'auteur a rapporté dans la *Revue médicale* deux cas de résection de la mâchoire inférieure, « où, quoique la guérison ait été très prompte dans » le premier cas, le tissu fibreux avait tant de densité qu'il rendait les mêmes services qu'un cal. » Ce moyen d'union était encore plus serré, et attachait les pièces osseuses de plus près dans la seconde observation. Ce phénomène n'a rien d'étonnant, dit-il, pour ceux qui savent combien est » intime l'union des fragmens de la rotule, de » l'olécrâne, du calcanéum, du grand trochanter » dans un grand nombre de cas où elle n'a lieu » que par un tissu fibreux semblable (1). »

Au reste, n'allez pas croire qu'en disant qu'il ne faut pas réunir la plaie M. Delpech prétende qu'il

(1) *Revue médicale*, janvier 1824, page 27.

faille la tamponner : dans sa bouche, ces paroles seraient une hérésie chirurgicale. Seulement, il voudrait que l'on laissât suppurer le point de la solution de continuité qui correspond aux surfaces osseuses.

Le professeur Delpech est tellement pénétré des avantages que présente la réunion immédiate à la suite de la résection de la mâchoire, qu'il conseille de ne pas opérer quand on ne peut pas avoir recours à ce moyen ; il voudrait même que, pour réunir, on sacrifiât, s'il le fallait, une portion de l'os mandibulaire alors qu'il ne serait pas malade. Mais disons tout : *il est excessivement rare qu'il n'y ait pas dans le fond de la plaie quelques points qui suppurent.*

Quant aux résections des membres, nous avons aussi noté avec soin les suites des opérations diverses auxquelles nous avons assisté, et il en résulte qu'elles n'ont guère réussi que dans le cas où l'on avait tenté la réunion, et où elle s'était faite en grande partie. Deux fois, elle a complétement échoué, deux fois les malades sont morts très rapidement. Voilà l'expression fidèle des faits dont nous sommes en possession. Il est donc vrai de dire qu'en adoptant même la théorie sur les inodules, il n'en faut pas moins faire tous ses efforts pour seconder la réunion; car quels que soient les soins que l'on se donne pour arriver à cette fin à la suite des résections, il est impossible d'obtenir une adhésion complète.

4°. Si, dans la résection des membres, la réunion immédiate peut, en réduisant l'étendue du foyer inflammatoire, soustraire les malades à de

grands dangers, elle n'est certainement pas moins utile pour celle de la mâchoire; en faisant suppurer la plaie, on court le risque de donner lieu à une inflammation violente de la langue et des voies aériennes, et l'on expose son malade à une difformité toujours désagréable, et, ce qui est encore bien plus fâcheux, à la perte continuelle de la salive.

Quoi qu'on en ait dit, les fausses lèvres de carton se laissent détremper par cette humeur, et bientôt n'appuient plus avec l'exactitude nécessaire; le cuir bouilli ajoute à l'âcreté naturelle de la salive qui le baigne; les métaux s'échauffent promptement et deviennent insupportables. En un mot, tous ces moyens tiennent la cicatrice dans un état continuel d'humidité; le contour de l'instrument laisse sur les parties environnantes une empreinte d'irritation qui ne tarde pas à les excorier. Le moindre mouvement de la part de la mâchoire inférieure, la moindre ride suffit pour donner à la salive la liberté de ruisseler. De là, un motif permanent de stimulation sur les parties adjacentes, et par suite une aptitude toute spéciale à la reproduction du cancer; car telle est malheureusement la maladie pour laquelle on pratique le plus souvent cette opération.

Nous en appelons au souvenir de ceux qui ont vu pratiquer la résection de la mâchoire inférieure des malades sur lesquels on n'avait pas tenté la réunion : nous ne connaisssons rien de plus hideux que l'aspect de ces individus privés des mentons

artificiels qu'on leur applique, plutôt pour masquer que pour remédier à leur difformité. Au contraire, ceux chez lesquels on a ménagé assez de peau pour en affronter les bords conservent la régularité de leurs traits, ne perdent pas une goutte de salive, parlent d'une manière intelligible, et peuvent encore exercer assez bien l'acte de la mastication. Jamais nous n'avons rien vu de plus beau en ce genre que le fait que nous avons indiqué presque en commençant, et dans lequel M. Delpech obtint une guérison complète en moins de huit jours (1).

5°. En préconisant la réunion, ne perdons pas de vue les inconvéniens qui pourraient résulter des trop grands efforts que l'on ferait dans l'intention de rapprocher les lèvres de la plaie. Si la déperdition de substance que l'on fait subir à l'os maxillaire est trop considérable, on s'expose, en rapprochant violemment les deux extrémités de la section osseuse, à renfermer la langue dans un espace trop étroit par rapport au volume de cet organe, à la refouler en arrière, à la presser sur la glotte, et à faire courir au malade les chances d'une prompte suffocation. Cette crainte est d'autant mieux fondée, que nous avons remarqué presque constamment qu'à l'instant que l'opérateur coupe les attaches antérieures des muscles de la région sushyoïdienne, il y a une rétraction telle de la langue,

(1) Depuis lors, nous en avons vu un autre à l'Hôtel-Dieu de Paris. La malade avait été opérée par M. Dupuytren.

que la respiration est interceptée, et le malade tombe en syncope.

Tantôt nous avons saisi cet organe par sa pointe, et en l'attirant au dehors de la bouche nous avons rappelé le malade à la vie; tantôt, et sous les ordres du professeur Delpech, nous l'avons transpercé avec le crochet de Brumfield, afin de ne pas gêner l'opérateur dans ses manœuvres. Enfin, dans une opération à laquelle nous assistions, et où le malade était sur le point d'expirer, le professeur Lallemand, dont le calme dans les opérations est très remarquable, eut assez de courage pour ouvrir le larynx et sauver ainsi son malade.

6°. Maintenant on sentira pourquoi il importe tant de ménager l'os mandibulaire, et de faire dans son épaisseur des coupes obliques, de manière à n'emporter que ce qui est indispensable. Il n'en est pas de même des parties molles, et nous sommes loin de partager à cet égard l'opinion de M. Richerand : nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire qu'elles n'aient point été atteintes par le cancer, pour que l'on puisse se promettre d'affronter les bords de la plaie. Souvent la presque totalité de la lèvre a été sacrifiée, et l'on a pu néanmoins procéder à la réunion. Mais dans ce cas, les bandelettes agglutinatives ni le bandage unissant ne sauraient suffire, la suture seule peut remplir cet important office.

7°. Ce n'est pas assez que de mettre en contact, au moyen de la suture, les bords de la solution de continuité extérieure : il ne faut pas oublier qu'il

y a au fond de la plaie plusieurs muscles privés d'attaches, et qu'il importe de fixer à la face postérieure de la lèvre. Si l'on n'a cette précaution, il est à craindre que, venant à cicatriser isolément, leur jeu n'en soit gêné, et que la langue ne perde ainsi une partie de sa mobilité. C'est dans la vue de remédier à ce grand inconvénient, qu'il faut les comprendre dans l'anse de quelques uns des points de suture qui servent à mettre en contact les bords de la lèvre inférieure. Les extrémités de la section de l'os maxillaire doivent aussi être maintenues rapprochées dans des limites convenables, à la faveur d'un fil d'or fixé sur les dents adjacentes : c'est là, du moins, ce que l'on fait ordinairement.

Citons un des faits les plus récens et les plus curieux à l'appui de tout ce que nous avons avancé jusqu'ici.

Quarante-cinquième observation.

Cancer très-volumineux occupant la totalité de la lèvre inférieure et une grande partie du maxillaire. — Résection de la mâchoire inférieure. — Rapprochement à l'aide de la suture. — La réunion n'a lieu que dans une partie. — Plus tard, on rafraîchit les bords de la portion non réunie, on pratique même deux incisions latérales pour faciliter le contact. — Guérison complète.

J.-F. Estorc, âgé de cinquante-deux ans, doué d'un tempérament lymphatico-nerveux, vit se manifester spontanément, il y a environ un an, un petit bouton, vers la commissure droite de la lèvre inférieure.

Six semaines après, ce bouton ayant été arraché en partie, il s'ensuivit une assez forte hémorrha-

gie. Dès lors, les progrès du mal furent plus rapides, et le sommet de la petite tumeur demeura couvert d'une ulcération qui fournissait un ichor roussâtre. Bientôt des douleurs lancinantes et rapprochées se manifestèrent, et le mal empira rapidement. Lors de son entrée à l'hôpital, le 7 novembre 1828, les choses étaient dans l'état suivant : la lèvre inférieure tout entière avait été détruite ; la destruction s'étendait même au delà des deux commissures, surtout de la droite de ce côté ; une tumeur dure, à surface bosselée, du volume d'une noix moyenne, se faisait remarquer entre la peau et la membrane muqueuse buccale, s'étendant jusque devant le masséter. Du côté gauche, la commissure était dépassée d'environ cinq lignes par l'ulcération. *Un fongus grisâtre, mollasse, saignant au plus léger contact, anfractueux, pénétré d'ecchymoses, couvert d'un ichor fétide et desséché en partie, régnait à la place de la lèvre détruite, couvrait toute la région antérieure de l'os maxillaire, et surmontait les dents qui, sans cela, auraient été découvertes.* On reconnaissait aisément aux caractères de la masse dénudée par l'ulcération ceux d'un cancer cérébroïde. Sa circonférence était entourée de découpures irrégulières de la peau, détruite par l'ulcération. La continuité de la masse, mise à découvert, et de celle qui était cachée dans l'épaisseur de la joue droite donnait de fortes raisons de croire qu'elles étaient de même nature.

Les quatre dents incisives inférieures étaient ébranlées, déplacées et inclinées en arrière. Les deux

canines, la première molaire gauche; les deux premières droites étaient vacillantes. Les gencives de toute la région antérieure du rebord alvéolaire étaient boursouflées, inégales, dures, adhérentes, et surmontaient les dents correspondantes. Le tissu gengival de la région postérieure n'était dans un état semblable que dans le point correspondant aux quatre dents incisives. Dans le reste, il était sain : en promenant les doigts par l'intérieur de la bouche sur la face postérieure de l'os maxillaire, on ne sentait aucun engorgement dans le périoste correspondant.

Il n'existait point d'intumescence dans les ganglions lymphatiques sous-maxillaires, ni dans les glandes salivaires. Toutes les fonctions étaient dans l'état physiologique.

M. Delpech, alors de service à l'hôpital, ne vit d'autre ressource pour soustraire le malade aux dangers qui devaient provenir incessamment des progrès ultérieurs du cancer, que dans l'ablation de tout ce qui était malade. L'opération eut lieu le 11 novembre.

Assis sur un siége solide, et contenu par des aides, le malade fut placé la tête haute, pour exposer toute la face au grand jour. L'opérateur fit d'abord une incision horizontale, commençant au delà de la commissure droite, et passant au dessus de la tumeur, jusque devant le masséter. La tumeur étant dépassée, il changea la direction de cette incision, et la conduisit d'abord obliquement en devant au dessous de la même tu-

meur jusqu'à la limite droite de l'ulcération, et puis plus obliquement en bas jusque devant l'os hyoïde.

Dans les deux parties supérieures de cette incision, toute l'épaisseur de la joue était comprise; plus bas, toute celle des parties molles qui recouvrent l'os; au dessous, il n'y eut que la peau d'incisée. Du côté gauche, la même manœuvre fut répétée, avec cette différence, que comme il n'y avait pas de tumeur de ce côté, la section horizontale ne passa pas outre les cinq lignes sur lesquelles l'ulcération se prolongeait de ce côté. Les deux incisions finissaient par un angle très aigu devant le corps de l'os hyoïde. Les artères labiales furent coupées dans ces deux incisions et liées sur-le-champ.

Deux dents furent arrachées pour marquer les points où la résection de l'os devait être faite, et pour que les dents n'y missent aucun obstacle.

Vis à vis le point de l'arrachement de la dent du côté droit, qui fut la troisième molaire, un bistouri droit fut plongé avec précaution, de bas en haut, le long de la face interne de l'os jusque dans la bouche : aussitôt un gorgeret de bois, étroit, à gouttière, à manche dévié, fut plongé selon la même direction dans la voie étroite qui venait d'être faite, un autre gorgeret de bois servit à protéger la langue et la lèvre supérieure. Alors le côté droit de l'os maxillaire fut scié avec précaution de bas en haut. La même manœuvre fut pratiquée du côté opposé avec les mêmes ménagemens, et la

section de l'os y fut faite sur l'alvéole vide de la seconde dent molaire.

A ce moment, la langue fut accrochée près de sa pointe par une airigne double, laquelle fut confiée à un aide, pour contenir cet organe en devant pendant la suite de l'opération. *Cette précaution étant prise, l'opérateur détacha de la face interne du corps de l'os maxillaire* les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens et génio-glosses: à l'instant de cette dernière section, plusieurs efforts de violente rétraction de la langue en arrière démontrèrent à tous les assistans l'importance de la mesure que l'on avait prise à l'égard de cet organe; au dessous du menton, on n'enleva que l'angle aigu de la peau, que les incisions avaient circonscrit. En terminant par là l'opération, les deux artères sous-mentales furent coupées et liées sur-le-champ.

Il était aisé de rapprocher les bords de la partie inférieure de la plaie : elle ne comprenait que les tégumens, et la perte de substance n'était pas grande; *mais, supérieurement, il fallut disséquer au loin les restes fort exigus des joues, pour les amener jusqu'au point du contact mutuel:* on rapproche d'abord et sans difficulté, par trois épingles de laiton placées verticalement et par la suture entortillée, les deux sections horizontales qui avaient circonscrit la tumeur du côté droit; ensuite six épingles furent passées à travers les deux côtés de la mutilation; et la suture entortillée, procédant de bas en haut, servit à les rapprocher. Parvenu au niveau de la section de l'os, l'opérateur s'arrêta :

il passa une anse de fil à travers le frein de la langue et fixa cette ligature sur l'épingle correspondante de la suture. Cette précaution suffit pour assujettir la langue, et l'airigne qui la contenait provisoirement put être supprimée : *on parvint à mettre en contact les cinq sixièmes inférieurs de la plaie ; la coaptation fut impossible supérieurement.* Mais les parties étaient distendues, et l'opérateur crut pouvoir compter sur leur allongement consécutif, pour en opérer la réunion plus tard.

Immédiatement après l'opération, le malade prend une potion sédative, contenant soixante gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Dans le jour, les douleurs s'apaisent ; le soir, réaction : pouls fréquent et dur, chaleur à la peau, douleurs médiocres. (Saignée de douze onces, limonade pour boisson.)

Le 12, nuit assez calme, léger engorgement du pourtour de la plaie, soif assez vive, salive abondante.

Le 13, sommeil de trois heures ; langue gonflée et proéminente ; salive visqueuse, peu de douleurs ; suppuration de la partie supérieure de la plaie. (Deux bouillons, gargarisme sédatif.)

Le 15, on supprime les points de suture ; la section horizontale est réunie solidement ; la langue est assujettie. Les quatre cinquièmes inférieurs de la plaie verticale tiennent aussi ; la partie supérieure suppure, on les soutient par un bandage unissant à deux globes. (Quatre bouillons au gras.)

Le 17, calme parfait : sommeil toute la nuit, point

de fièvre. (Six onces de lait alterné avec des bouillons de trois en trois heures.)

Jusqu'au 26, le dégorgement des parties qui suppurent s'accomplit, et l'état du malade est très satisfaisant. *Ce jour-là, M. Delpech rafraîchit les bords libres de la plaie non réunis,* les détache des os subjacens, les traverse de trois épingles; mais tous ses efforts pour les mettre en contact sont superflus. *Il se décide alors à pratiquer de chaque côté, à la distance d'un pouce, une section verticale, qui ne comprend que la peau et qui fait cesser toute résistance.* Dès ce moment, le contact a lieu: le malade souffre peu à la suite de cette opération; il dort la nuit.

Le 30, on supprime les points de suture, la partie inférieure est réunie, l'angle supérieur ne l'est pas : les deux plaies latérales suppurent et se resserrent.

Déjà, le 6 du mois suivant, les deux portions de l'os maxillaire sont liées entre elles par un corps fibreux solide. La langue peut être portée dans toutes les directions. Lorsque le malade la porte en devant ou qu'il avale, on voit, par la rétraction du point de la cicatrice, qui est attenant à l'os hyoïde, qu'il sert d'insertion aux muscles génio-glosses, et qu'il remplace ainsi l'os maxillaire.

Le 12, le malade fait battre librement les dents, qui restent contre celles du maxillaire supérieur; il mâche et avale sans peine du pain fort sec et de la viande rôtie, en présence de tous les assistans. Il perd fort peu de salive.

Le professeur Delpech ne désespère pas d'obtenir plus tard l'oblitération de la petite brèche qui reste encore à la partie supérieure de la lèvre. Le corps fibreux qui réunit les restes de l'os maxillaire deviendra plus dense et plus court. Les côtés de la brèche en seront plus rapprochés, et il sera plus facile de les mettre en contact : alors la restauration de la face, déjà fort avancée aujourd'hui, sera parfaite (1).

Réflexions. Les résultats de cette opération sont fort remarquables, dit le professeur Delpech, par la démonstration qu'ils donnent de la possibilité d'utiliser les restes de l'os maxillaire, quelque exigus qu'ils soient. En effet, à en juger par l'étendue des désordres qu'avait produits la maladie, on aurait cru difficilement que ce qui restait des branches

---

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, mars 1829. L'observation a été rédigée par M. Girou... Avant de publier ce fait, nous avons voulu savoir ce qu'était devenu le malade, et voici ce que l'on nous écrit en date du 13 septembre 1829 : « Le malade est sorti à peu près guéri ; c'est à dire que l'extrémité de la plaie qui correspondait à la lèvre n'était pas entièrement cicatrisée ; mais, au reste, il n'existait rien qui pût faire craindre le retour de la maladie. J'ai revu le malade trois mois après, et j'ai pu m'assurer que sa guérison était parfaite. Seulement une des incisions qu'on avait faites aux joues pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie était recouverte encore d'une petite croûte ; mais point de dureté, point de douleur. La lèvre inférieure, qui, au moment du départ du malade, était très peu étendue, avait alors à peu près la longueur de la supérieure, et la difformité était presque nulle. »

correspondantes aux deux dernières dents molaires du côté droit et aux trois dernières du côté gauche eût pu s'incliner assez en dedans pour que ces deux fragmens osseux parvinssent à se toucher.

Le rapprochement qui a eu lieu entre les parties molles n'est pas moins surprenant : toute la lèvre inférieure avait été détruite, il a même fallu anticiper sur les joues pour emporter la totalité du mal, et cependant l'on a trouvé encore assez de peau pour fermer la cavité de la bouche et empêcher en grande partie l'écoulement de la salive ; mais que fallait-il pour atteindre à ce résultat final ? Il fallait être bien pénétré de l'importance de la réunion immédiate et ne rien négliger pour l'obtenir. Tout autre, moins versé dans l'étude des phénomènes de la cicatrisation des plaies, eût désespéré à l'ins ant même d'arriver au terme de ses désirs et se fût laissé décourager. Voyez, au contraire, M. Delpech luttant avec persévérance contre tous les obstacles qu'il rencontre, maîtrisant en quelque sorte la nature au gré de ses conceptions, et obtenant, pour prix de tous ses efforts, la guérison complète de son malade.

Nous ignorons si, dans cette circonstance, l'opérateur a embrassé dans l'une des anses de la suture les muscles de la région sushyoïdienne; mais nous pouvons certifier que nous le lui avons vu faire plusieurs fois, et que ce procédé n'a jamais été suivi d'aucun inconvénient. D'ailleurs, qu'on se persuade bien qu'en faisant l'opération du bec-de-lièvre, on traverse toujours avec l'aiguille les mus-

cles logés dans l'épaisseur des lèvres sans qu'il en résulte aucune espèce de danger. Rien ne prouve mieux l'innocuité de la suture que ce que nous avons observé dans un cas dont il a été déjà question.

M. Delpech, pratiquant la résection de la mâchoire et se trouvant embarrassé pour assujettir la langue, traversa transversalement la pointe de cet organe avec un fil d'or qu'il fixa sur les dents adjacentes : ce fil métallique coupa peu à peu et de haut en bas la portion du tissu lingual qu'il embrassait, de la même manière que le fil de plomb engagé dans une fistule rectale coupait toutes les parties situées au dessous de lui ; et le tout se passa au milieu du calme le plus parfait. Le malade sur lequel nous avons noté cette circonstance est précisément celui où la guérison fut le plus rapide. Ce n'est pas que M. Delpech conseillât aujourd'hui de se servir du même moyen ; il se sert, comme on l'a vu, d'un fil de chanvre qu'il passe à travers le filet ; mais ce fait, ajouté à tant d'autres, prouve combien sont exagérées les plaintes que l'on a élevées contre la suture.

Il est vraiment étonnant qu'en notant la facilité extrême avec laquelle les plaies de la face se réunissent, on ait si peu tenu compte de l'action du moyen dont on se sert dans ces cas. Si, dans cette région du corps, les phénomènes adhésifs s'accomplissent plutôt que partout ailleurs, cette différence ne tient pas seulement au degré de vitalité dont jouissent les parties, il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'exactitude avec laquelle on

les affronte. Rien de plus parfait sous ce rapport que la suture entortillée.

Enfin, pour pratiquer convenablement la résection de la mâchoire, il est essentiel de n'achever la section des muscles qui s'insèrent à la face buccale du maxillaire que lorsque la section de l'os est déjà faite. Par ce moyen, on se ménage, d'un côté, la faculté de pouvoir saisir les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre, et, de l'autre, on diminue considérablement les chances de suffocation que court le malade. Nous signalons cette circonstance opératoire, parce que nous avons vu plusieurs chirurgiens praticiens et plusieurs de ceux qui font des cours d'opérations faire ou enseigner tout le contraire.

7°. Puisqu'il est question des résections osseuses, que dire de cette grande opération qui a fait tant de bruit dans le monde médical, et qui eut pour objet la résection de plusieurs côtes et de la portion de plèvre correspondante ?

S'il fallait toujours juger de la valeur d'une entreprise chirurgicale par les dangers qu'elle fait courir, ou bien par le résultat primitif qu'elle donne, certes, il en est peu qui pussent le disputer à celle de M. Richerand. Mais ce n'est rien, selon nous, que d'enlever une tumeur cancéreuse et de réséquer des côtes, on pourrait encore aller plus loin et ne pas faire mieux pour cela. En chirurgie, il ne s'agit pas de sacrifier d'une main hardie tout ce qui tombe sous l'instrument : avant tout, il importe de se demander comment on pourra remédier

aux accidens qu'on va faire naître. Or, ouvrir largement la poitrine et ne pas être dans la possibilité de fermer au plus tôt la plaie, c'est s'exposer à courir des chances trop dangereuses pour inspirer à personne le désir d'imiter jamais un tel exemple. Le succès même ne suffit pas toujours pour justifier l'entreprise.

Au reste, en supposant que nous eussions à traiter un malade atteint d'un hydro-péricarde, nous nous abstiendrons encore avec bien plus de soin de suivre le conseil dicté par le professeur de Paris, *et de pratiquer une large fenêtre au devant du cœur* pour donner issue au liquide épanché. Sans doute, ce moyen *est plus sûr* pour arriver à l'épanchement, *que de plonger au hasard la pointe d'un trois-quarts à travers les parois de la poitrine ;* mais peut-on sérieusement, de nos jours, proposer un pareil mode opératoire ?

« Par ce moyen, ajoute M. Richerand, on pour-
» rait se flatter d'obtenir la guérison radicale d'une
» maladie mortelle, avec d'autant plus de raison,
» qu'il suffit du contact de l'air pour décider l'in-
» flammation adhésive des surfaces après l'évacua-
» tion du liquide, et qu'ici, comme dans l'opération
» de l'hydrocèle, on ne serait point obligé à injecter
» une liqueur pour déterminer l'adhérence (1). »
Dieu veuille, pour le bien de l'humanité, que cette prévision se réalise !

8°. En suivant une partie du plan adopté par

---

(1) *Histoire des progrès de la chirurgie*, page 235.

M. Richerand, nous nous trouvons amené comme malgré nous à rappeler les essais de Physich de Philadelphie et de Percy pour substituer le séton aux résections osseuses; cependant nous nous fussions dispensé d'en rien dire, si l'auteur des *Progrès de la chirurgie* n'avait avancé qu'il y a défaut absolu d'observations authentiques pour juger cette question. Qu'il nous soit donc permis de lui apprendre que deux fois, depuis près de six ans, le séton a été appliqué avec succès dans l'École de Montpellier : une fois, pour une fracture non consolidée du radius, et l'autre pour une fracture du tibia.

Si M. Richerand n'avait commis que cet oubli, peut-être serait-il excusable, car ces faits n'ont été bien connus que plus tard ; mais que ce même écrivain, parlant en 1825 de la résection de la mâchoire, dise que, répétée après M. Dupuytren, elle n'a pas donné les mêmes résultats, c'est ce que nous ne pouvons expliquer, nous qui, depuis dix ans, l'avons vu pratiquer à Montpellier toujours avec un égal succès. Quand, chargé d'un cours de médecine opératoire à l'École de Paris, on se tient avec tant de soin au courant de ce qui se fait en Prusse ou en Angleterre, tout le monde conviendra avec nous que l'on devrait, au moins, s'informer de ce qui se passe dans l'une des premières Facultés de France. Voilà comment on écrit l'histoire, même des sciences.

ARTICLE IX.

DE LA LIGATURE DES ARTÈRES.

1°. L'histoire des modifications apportées dans ces derniers temps à la ligature des artères est l'un des témoignages les plus forts à citer en faveur des progrès de la chirurgie moderne : jadis, on craignait en liant les plus petits vaisseaux, de provoquer la gangrène ; aujourd'hui, on oblitère presque impunément le tronc principal d'un membre, et l'on redoute parfois de voir la circulation collatérale prendre trop tôt de l'extension. A cet égard, l'anatomie et l'observation clinique ont appris qu'il est certaines régions du corps où les moyens hémostatiques ordinaires n'ont plus la même efficacité. Ainsi, d'une part, nous avons vu deux fongus hématodes à la paume de la main, contre lesquels la ligature de la brachiale, de la radiale et de la cubitale n'a produit qu'un changement très léger dans la tumeur ; de l'autre, nous avons eu à soigner deux malades chez lesquels une lésion traumatique de l'arcade palmaire profonde a nécessité la ligature des deux artères principales qui se rendent à la main : encore même a-t-on été obligé d'avoir recours aux applications réfrigérantes et à la compression exercée sur le point correspondant à la blessure. Enfin, dans un cas de solution de continuité du rameau palmaire superficiel où nous avions cru pouvoir nous contenter de la ligature du tronc du vaisseau lésé, faite à trois travers de

doigt au dessus de la plaie, l'hémorrhagie a reparu quelques jours après, et le professeur Delpech a dû faire la ligature de l'artère cubitale.

Ces faits et quelques autres que nous ne pouvons signaler ici démontrent que les blessures de la paume de la main, comme celles de la plante du pied (car la disposition anatomique est, à quelque chose près, la même), sont plus dangereuses qu'on ne pense. Ils font aussi pressentir que, quelque avantageuse que soit la méthode dite de Hunter, elle est cependant susceptible de quelques restrictions. Les difficultés que présente le rétablissement de la circulation ne sont pas toujours en raison directe de la distance à laquelle se trouve le vaisseau lié par rapport à la plaie qui fournit le sang : de là, la nécessité de découvrir, dans quelques cas, l'artère à la surface de la blessure, ou dans un lieu aussi voisin que possible, et de la lier.

2°. Il est un autre point de vue sous lequel on n'a point encore assez envisagé les ligatures des artères : il serait curieux de savoir jusqu'à quel point les préceptes relatifs aux anévrysmes sont applicables au traitement des tumeurs hémorrhagiales. Car, quoiqu'au premier aspect ces maladies semblent présenter les mêmes indications, elles diffèrent cependant sous bien des rapports. Peut-être y a-t-il plus encore : les plaies artérielles réclament-elles toutes le même mode de traitement? Lier une artère à la suite d'une plaie d'arme à feu, à la surface

d'une solution de continuité faite par un instrument tranchant, ou à celle d'une plaie violemment contuse, ce sont des modes opératoires qui pourraient bien ne pas donner le même résultat, etc....

3°. Dans tous les cas, ne perdons pas de vue les avantages immenses que la méthode de Hunter présente sur la méthode ancienne, et sachons nous abstenir avec soin des ligatures d'attente. Craignons d'encourir le reproche qu'un auteur étranger a assez mal à propos adressé aux chirurgiens français, comme si Paris était toute la France, et si un homme seul pouvait être le représentant voulu de toute une nation. Attachons-nous à rompre avec le fil la tunique interne et la tunique moyenne de l'artère, et à n'embrasser dans l'anse de la suture que le vaisseau que nous voulons lier. Voilà encore ce que l'expérience seule pouvait nous apprendre. Aussi n'est-ce que par une longue série de travaux et de tâtonnemens que l'on est arrivé à posséder, sur cette matière, toutes les données qu'il fallait avoir : à cet égard, l'ouvrage d'Hodgson peut donner la mesure des progrès que la chirurgie a faits dans ces derniers temps.

4°. Cet écrivain, que l'on ne saurait trop citer quand on parle des maladies des artères et des veines, a réduit à quatre propositions principales les règles relatives à l'application de la ligature :

A. Le cordon doit être mince et rond ; une semblable ligature est beaucoup plus propre à opérer une division nette des tuniques interne et moyenne

du vaisseau, et n'a pas l'inconvénient d'occasioner l'ulcération et une gangrène quelquefois assez étendue.

B. La ligature doit être serrée, afin d'assurer la division complète des tuniques interne et moyenne, pour empêcher qu'elle se détache, et parce que les artères, dans l'état sain, ne peuvent être coupées, même avec les ligatures les plus minces.

C. Le vaisseau doit être détaché des parties environnantes, seulement dans l'étendue nécessaire pour passer au dessous de lui la ligature.

D. On doit favoriser la réunion immédiate par tous les moyens propres à faciliter ce travail (1).

Relativement à ce dernier précepte, qui est le seul dont nous devions nous occuper ici, on est forcé de reconnaître que la présence du fil dans l'intérieur de la plaie est un obstacle réel à l'adhésion des parties; car si, après l'opération, la ligature pouvait être retirée, la réunion serait bien plus facile.

C'est dans la vue d'arriver à ce perfectionnement, qu'après une suite d'expériences très intéressantes, Jones arriva à un fait d'observation qui semblait devoir contribuer à simplifier l'opération de l'anévrysme. Quand une petite ligature solide est serrée sur une artère, elle opère la division des tuniques interne et moyenne; et si elle est ensuite retirée, un épanchement de lymphe a lieu à la surface interne du vaisseau. Si l'on produit ainsi

(1) *Malad. des artères et des veines*, tome I, page 309.

plusieurs divisions des tuniques interne et moyenne dans le voisinage l'une de l'autre, on trouve, suivant le docteur Jones, un produit pseudo-membraneux assez considérable pour oblitérer la cavité de l'artère. En 1800, M. C. Hutchinson lia les brachiales de deux chiens et ôta les fils immédiatement après leur application. L'opération eut pour résultat l'oblitération complète du canal artériel.

Il est à regretter, dit Samuel Cooper, que cette même expérience, répétée par tant d'autres, n'ait pas réussi. M. Hodgson en fit l'essai, et l'artère ne s'oblitéra pas. Dalrymple de Norwich le répéta jusqu'à sept fois sur le cheval et trois fois sur des moutons, non seulement il ne se forma pas de caillot, mais après même avoir laissé vivre l'animal jusqu'au treizième, quinzième et dix-huitième jour on ne trouva point le canal de l'artère oblitéré. Sa cavité était moindre; mais il pouvait encore transmettre une petite colonne de sang (1).

Enfin, il vint à l'idée de M. Travers que si une ligature était appliquée sur une artère, et laissée à demeure durant quelques heures, l'adhérence des surfaces pourrait assez bien s'établir pour assurer l'oblitération du canal. Alors, en ôtant la ligature, on obvierait aux inconvéniens de son séjour, et l'on préviendrait par là l'irritation qu'elle produit à titre de corps étranger.

A. Cooper a aussi pratiqué une opération d'anévrysme poplité, dans la vue de connaître l'efficacité

---

(1) Travers, *Méd. trans. chir.*, tome IV, page 442.

de cette méthode sur l'homme. La ligature ne resta en place que trente-deux heures; mais les pulsations de la tumeur recommencèrent. Il la réappliqua pendant quarante heures, les pulsations reparurent dès qu'on enleva la ligature. Le douzième jour, une hémorrhagie eut lieu, et il fallut lier de nouveau le vaisseau (1).

Toujours dans l'intention d'obtenir la réunion immédiate, on a encore cherché, comme nous l'avons déjà dit, à se servir de ligatures faites avec une substance animale: un grand nombre d'essais ont été tentés par Lawrence, Carwardine, Watson et Hodgson, et l'on a vu la ligature être expulsée quelque temps après sa chute. Les dernières expériences faites avec la peau de chamois dans les États-Unis sont jusqu'à présent celles qui ont donné les résultats les plus satisfaisans.

5°. La question relative à la réunion immédiate dans les cas de ligature des artères, quoique paraissant à l'abri de toute contestation, a rencontré néanmoins des antagonistes. « Les chirurgiens anglais, a dit un écrivain de notre époque, réunissent dans tous les cas la plaie qui résulte de l'opération de l'anévrysme; c'est un autre abus de l'exemple qu'on peut faire de la réunion immédiate; car, si on réunit une telle plaie, il faut n'appliquer sur l'artère que le nombre de ligatures absolument nécessaire pour intercepter le passage du sang. L'application des ligatures d'at-

(1) *Dictionnaire de chirurgie*, tome I, page 123.

» tente est incompatible avec la réunion immédiate
» de la plaie. »

Cette objection peut avoir eu quelque valeur dans le temps; mais actuellement, où les ligatures d'attente sont généralement proscrites, il serait superflu d'en parler.

Mais comment expliquer les changemens survenus dans la manière de voir du professeur Delpech, qui, partisan zélé de la méthode adhésive, s'est élevé dernièrement contre ce mode de pansement, à propos de la ligature des artères? Oublions pour un instant qu'il fut notre premier maître, et discutons la question.

Selon lui, en livrant la plaie à la phlogose, on a l'avantage de provoquer la formation d'un tissu fibreux (corps inodulaire), qui, par la résistance physique dont il jouit, doit ajouter à la solidité de l'oblitération de l'artère (1). Mais que se passe-t-il en agissant ainsi? La plaie s'enflamme, le tissu cellulaire suppure, l'inflammation suppurative ou même la gangrène peuvent s'étendre jusqu'au tissu sous-artériel; et c'est lui sur l'exsudation plastique duquel on doit compter pour l'oblitération du vaisseau, car les tuniques interne et moyenne ont été rompues par la ligature.

Tour à tour, nous avons pu étudier les effets de la réunion primitive et secondaire, et nous avons de plus en plus remarqué que lorsque la plaie

---

(1) *Leçons de clinique*, 1er. trimestre 1827. *Chirurgie clinique de Montpellier,* tome II, page 447 et suiv.

est livrée à la suppuration, il est à craindre que le travail nécessaire pour la consolidation du vaisseau ne puisse s'accomplir. Déjà plusieurs fois nous avions constaté ce fait, lorsque nous fûmes témoin d'un événement bien terrible qui, seul, eût suffi pour nous dessiller les yeux.

Quarante-sixième observation.

Ligature de l'artère crurale. — Tentative infructueuse de réunion. — Suppuration de la plaie. Hémorrhagie foudroyante. — Mort sur-le-champ. — Autopsie du membre.

Le nommé Julien (Pierre), âgé de trente-six ans, avait été soumis, le 25 février 1826, à la ligature de la crurale, et l'on n'avait rien négligé pour obtenir la réunion immédiate; mais l'adhésion n'avait pas eu lieu, et la plaie suppurait depuis environ seize jours quand la ligature tomba.

Le 18 mars, au moment de la visite, on aperçut à travers la plaie quelques stries de sang, et M. Delpech présagea quelque accident fâcheux.

A deux heures après midi, une hémorrhagie foudroyante survient, on m'appelle à l'instant, je cours auprès du malade, il était déjà mort quand j'arrive à son lit.

Sans entrer dans les détails de la nécropsie, nous nous bornerons à dire que la *tunique celluleuse de l'artère crurale suppurait immédiatement au dessus de la ligature*, que le caillot qu'elle renfermait n'avait que quelques lignes d'épaisseur, qu'il était creusé à son extrémité supérieure et

presque flottant dans la cavité de l'artère. L'hémorrhagie s'était faite par le côté interne du vaisseau.

Réflexions. Ce fait n'est pas sans exemple dans les fastes de la chirurgie. M. Abernethy a rapporté un cas dans lequel la cavité de l'iliaque externe avait été ouverte par l'extension de l'ulcération d'une glande lymphatique voisine de ses membranes (1); et M. Travers en a publié un autre où l'extrémité supérieure d'une artère fémorale divisée avait été détruite par la formation d'un abcès dans son voisinage (2). J'ai vu, dit Hodgson, l'artère fémorale ouverte par un sinus qui succéda à une fracture compliquée du fémur, une hémorrhagie funeste en fut la suite. Ces faits, ajoute-t-il, prouvent le danger qui résulte de la formation des abcès et des sinus dans le voisinage des grosses artères, et montrent en même temps comment on peut le prévenir après l'opération de l'anévrysme, en favorisant l'adhérence immédiate de la plaie (3).

Écoutons John Bell traitant ce même sujet, et nous aurons de nouvelles preuves en faveur de la méthode adhésive. Il est d'une haute importance, dit l'auteur anglais, que l'artère qu'on a liée soit bientôt recouverte par des granulations de bonne nature. Quoique le vaisseau ait en lui les propriétés nécessaires à son oblitération, on ne peut nier que l'état des chairs environnantes n'y contribue

---

(1) *Surgical observ. on aneurims*, 2e. édit., page 246.

(2) *Medical and chirurg. Trans.*, vol. IV.

(3) *Ouvr. cit.*, tome I, page 300.

puissamment. Une hémorrhagie secondaire ne se déclare pas avant le sixième jour; par conséquent, si, comme il arrive à la suite des grandes opérations, on obtient une adhésion immédiate, la plaie est déjà dans l'état le plus satisfaisant à l'époque où l'accident pourrait se manifester. Au contraire, si on laisse la plaie extérieure ouverte, le vaisseau reste long-temps exposé au contact de l'air, il s'ulcère spontanément, ou il *est corrodé par l'action du pus* (1). Il est à remarquer que Hunter eut des succès beaucoup plus constans lorsqu'il eut adopté la méthode de réunir la plaie qui résultait de son opération (2).

6°. Prouvons maintenant qu'on peut avoir recours à la réunion sans courir les chances de l'hémorrhagie.

1°. M. Carwardine de Thaxted a fait la ligature de l'artère fémorale dans un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, avec une petite ligature de soie, et en a coupé les bouts très près du nœud. Le malade, James Newel, âgé de trente ans, attribuait son affection, qui durait depuis deux ans, à un effort violent et soudain. *La plaie fut réunie par première intention sans la formation d'un atome de pus, et au bout de quelques mois la guérison était parfaite.*

2°. On a opéré un anévrysme poplité à l'hôpital

---

(1) Ce n'est pas ainsi que nous expliquons le fait.

(2) *Traité des plaies*, page 120.

de Saint-Barthélemy, le 29 mars 1817, sur un homme de trente-trois ans, en faisant la ligature de l'artère avec un seul petit fil de soie, dont l'opérateur a coupé les extrémités très près du nœud. La tumeur était volumineuse et située à la partie interne et inférieure de la cuisse, précisément dans le lieu où l'artère traverse le muscle troisième adducteur. Le malade affirmait que la tumeur s'était d'abord manifestée sans aucune pulsation.

A l'exception des tégumens, la plaie se réunit par adhésion primitive. Le rétablissement des forces du malade, ainsi que l'état excellent de la partie et de la santé générale engagèrent M. Lawrence à lui permettre de se lever, et à faire quelques mouvemens au bout de huit jours, indulgence qui, généralement parlant, est pernicieuse à une période aussi peu avancée. Le malade quitta l'hôpital et retourna à ses occupations le 17 avril (1).

3°. Le 24 octobre 1827, Williams Heydon, âgé de quatre-vingts ans, d'une constitution débile, atteint d'un anévrysme au creux du jarret, fut opéré par A. Cooper. Les bords de la plaie furent rapprochés à l'aide des emplâtres agglutinatifs, et l'on se servit d'une corde à boyau pour faire la ligature.

Le quatrième jour, la plaie fut pansée pour la première fois, et on la trouva complétement réunie. Trois semaines après l'opération, le malade marchait à l'aide d'une béquille, et dans le cours de

---

(1) Hodgson, *ouvr. cit.*, tome II, page 269, en note.

la première semaine il ne se plaignit que du froid dans le pied de ce côté, et d'une douleur légère au talon.

En un mot, tous les chirurgiens anglais emploient le même mode de pansement, et aucun jusqu'à ce jour ne lui a reproché d'exposer les malades à l'hémorrhagie. Sans doute que cet accident peut survenir en usant de la réunion immédiate ; mais il est bien plus fréquent encore quand on laisse suppurer la plaie. Si, dans ce cas, l'hémorrhagie a lieu, on en trouve aisément la cause; dans l'autre, l'explication est loin d'être aussi facile à donner.

Nous pourrions multiplier à l'infini les faits que l'on rencontre dans les auteurs; mais bornons-nous à ajouter qu'en France la plupart des praticiens sont dans l'usage de réunir les plaies à la suite de la ligature des artères et retirent de très bons effets de ce mode de pansement. M. Dupuytren n'en suit pas d'autre, et toutes les personnes qui ont fréquenté les hôpitaux de la capitale savent combien ces opérations réussissent à l'Hôtel-Dieu de Paris. M. Gensoul, chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, a adopté aussi cette méthode. M. Viguerie, chirurgien en chef de l'hopital St.-Jacques à Toulouse, ne lie jamais une artère principale sans avoir recours aux moyens adhésifs, et obtient les mêmes résultats. Rapportons, pour l'exactitude du fait, une observation puisée dans la pratique de ce chirurgien distingué.

Quarante-septième observation.

Anévrysme de la poplitée. — Ligature de la crurale. — Réunion par première intention le quatrième jour. — Le quinzième jour, la ligature tombe. — Disparition de la tumeur anévrysmale.

Un fondeur de la ville de Toulouse, livré depuis long-temps à toute espèce de débauche, était atteint, pour la septième ou huitième fois, de la maladie vénérienne, lorsqu'il s'aperçut qu'une tumeur qu'il avait remarquée à la région poplitée du côté gauche s'accroissait rapidement et le gênait dans la marche et la station.

M. Viguerie, ayant été consulté, reconnut aisément un anévrysme de l'artère poplitée, et comme la tumeur s'acroissait de jour en jour, il fut convenu qu'on pratiquerait très incessamment l'opération.

L'artère crurale fut mise à découvert par une incision assez grande avant son passage au dessous du couturier, et liée avec un cordonnet de soie très mince, dont les chefs furent coupés tout près du vaisseau. La plaie fut ensuite réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives et du bandage unissant des plaies en long, médiocrement serré.

Le quatrième jour, la plaie était réunie, le quinzième, il se forma un petit abcès, qui donna issue à la ligature, cette petite ulcération se cicatrisa, et bientôt le malade put reprendre ses occupations.

La tumeur anévrysmale a diminué peu à peu de volume et a fini par s'effacer. Plus de trois

ans se sont écoulés depuis le moment de l'opération, et jusqu'à ce jour la guérison ne s'est jamais démentie.

Réflexions. M. Rolland, chirurgien en second à l'hôpital St.-Jacques, et à l'amitié duquel nous devons cette observation, nous assure qu'il eût pu nous en transmettre un grand nombre d'autres. M. Maréchal, de Metz, à qui nous avions demandé des documens à cet égard, nous apprend que M. Willaume, chirurgien en chef de l'hôpital militaire, ne se conduit jamais autrement. M. Foullioy, chirurgien en chef au port de Brest, professe les mêmes principes, et nous a souvent entretenu des résultats qu'il a obtenus.

En définitive, M. Delpech lui-même ne pourrait pas nier les bons effets de la méthode adhésive; car voici ce qu'il disait lui-même quelques années avant :

« On doit procéder avec un grand soin au rapprochement immédiat des parties divisées, afin d'obtenir la réunion la plus complète que possible. Ces soins ont moins pour objet la prompte terminaison d'une plaie de peu d'importance, que de masser, de grouper autour de l'artère les parties qui doivent participer à l'état inflammatoire, afin qu'elles puissent contribuer par là à l'oblitération du vaisseau. Alors chacune des lames du tissu cellulaire fournit une couche d'albumine, les aréoles de cet organe en sont occupées, et le tout forme une masse unique très capable de résister à l'effort du sang, même pendant le séjour de la

ligature, à plus forte raison après la suppression de cette dernière, quand bien même il faudrait admettre, ce qui paraît impossible, que le sang pourrait s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-artériel, après la rupture des tuniques propres du vaisseau. Il paraîtra presque superflu que nous fassions remarquer ici que tout ce que nous venons d'exposer théoriquement se trouve confirmé par les faits dont l'exposition a précédé ces réflexions (1).

Élevé dans de tels principes, et fortifié depuis dans ces idées par le résultat de notre propre observation, M. Delpech nous pardonnera sans doute de persister dans une opinion que nous avons pour la première fois puisée dans ses leçons et ses savans écrits. Du reste, cette sorte d'indépendance que nous affichons dans la discussion, même à l'égard de celui à qui nous devons tant sous le rapport de notre éducation chirurgicale, peut donner une juste idée de la bonne foi que nous avons voulu apporter dans la rédaction de notre travail.

7°. Non seulement la réunion immédiate favorise l'oblitération des artères, mais elle peut, dans le cas d'une épidémie de pourriture d'hôpital, ouvrir aux opérés une nouvelle source d'espérance et de salut: aussi, est-ce dans un de ces momens de calamité, que le professeur Delpech tenait le langage que nous venons de lui entendre parler. Si, plus tard, il a changé de manière de penser, c'est moins

---

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier,* tome I, pages 105, 106 et 111.

parce qu'il a vu l'emploi des moyens adhésifs être suivi d'hémorrhagie, que parce qu'il a cru trouver dans la formation du tissu inodulaire un obstacle plus puissant encore à opposer à l'effusion du sang. Cet avantage doit-il faire oublier les inconvéniens que nous avons signalés?

8°. Quant aux moyens propres pour obtenir la réunion, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de répéter ce qu'en a dit M. Breschet dans l'une des notes pleines d'intérêt qu'il a su ajouter à l'ouvrage d'Hogdson : quelques opérateurs ont coutume de déposer le bistouri aussitôt que les tégumens sont divisés, et de chercher l'artère par le déchirement des parties avec le doigt ou quelque instrument mousse. Ce procédé est grandement répréhensible, en ce qu'une plaie ainsi faite par lacération ne peut se réunir par première intention, ce qui est l'objet le plus essentiel à obtenir après l'opération de l'anévrysme. Ce mode opératoire n'est jamais employé que pour remplacer cette connaissance exacte de la situation et des connexions des grandes artères, que chaque chirurgien doit posséder, et sans laquelle aucun homme ne peut être regardé comme propre à entreprendre les ligatures des vaisseaux.

Cette remarque est toute de vérité, et nous nous rappelons avoir été témoin de quelques opérations de ce genre, où nous n'avons pu expliquer le défaut de réunion des parties affrontées que par ce défaut de soin dans le mode opératoire.

L'habitude où sont encore quelques praticiens de passer le doigt au dessous du vaisseau pour le

détacher des parties environnantes, est aussi inutile que nuisible. Elle n'est pas essentielle pour l'application de la ligature, et elle augmente les chances de la suppuration dans le fond de la plaie. Mais en voulant éviter de trop isoler l'artère, il faut aussi faire attention à ne pas *labourer* le tissu cellulaire sous-artériel avec l'instrument qui porte la ligature. Cet inconvénient ne serait pas moindre que le précédent. Il est temps de renoncer à tous ces gros instrumens dont on se servait autrefois pour cet usage. Une sonde cannelée, mousse à sa pointe, et un petit stylet boutonné suffisent presque toujours.

9°. Les modifications successives qu'ont subies les ligatures des artères, tant en Angleterre et en France, qu'en Allemagne et en Italie, ont porté ce mode opératoire au plus haut degré de perfection : autant on tremblait autrefois à l'idée seule de la nécessité de la ligature d'un vaisseau, autant on est hardi aujourd'hui dans ce genre d'opération. Ce changement ne tient pas, comme on l'a dit, à une plus grande témérité de la part de l'opérateur; il est le fruit du sentiment qu'inspirent de plus amples connaissances en physiologie et en anatomie.

Le célèbre Scarpa, composant son beau travail sur les anévrysmes, se doutait à peine de la possibilité de la ligature de la carotide, et l'on pourrait déjà citer un grand nombre de faits en faveur de cette opération. D'abord, ce fut sur les animaux qu'on fit ces tentatives, et l'on s'assura que la cir-

culation n'en était pas interceptée; ensuite, on étudia, avec plus de soin, les moyens d'anastomose, et l'on fut surpris du nombre et du volume des vaisseaux capables de rétablir le cours du sang. Enfin, l'opération fut pratiquée sur l'homme et couronnée d'un plein succès. A. Cooper fut un des premiers à la faire : depuis, elle a été répétée plusieurs fois; nous avons même vu faire chez un même individu la ligature des deux carotides primitives, et si l'opérateur n'eût commis une faute que nous ne pouvons signaler ici, on eût assurément appris que l'on pouvait lier ces deux gros vaisseaux sans nuire beaucoup à la circulation cérébrale.

10°. La ligature des carotides n'est pas seulement utile contre les anévrysmes ou les plaies artérielles : il est des opérations que l'on pratique à la région maxillaire, ou jugulaire, et dans l'exécution desquelles on ne peut avoir quelque sécurité qu'en liant préalablement ce vaisseau. Ainsi, M. Gensoul de Lyon, dont la hardiesse égale le talent opératoire, a fait l'ablation de la moitié de la mâchoire inférieure, après avoir lié la carotide du même côté (1). Walther Bonn a emporté la totalité de cet os, après avoir placé une ligature sur chacune de ces artères.

Concevrait-on la possibilité de l'extirpation de la parotide, faite par M. Lisfranc sans avoir recours au même expédient ?

---

(1) *Revue médicale,* août 1826, page 350.

Parmi les ligatures des artères les plus remarquables faites dans ces derniers temps, pourquoi ne parlerions-nous pas de celle de l'iliaque externe? Outre que cette opération a été plusieurs fois pratiquée avec succès en Angleterre, MM. Delaporte à Brest en 1810, Bouchet à Lyon en 1812, Dupuytren à Paris et Moulaud à Marseille en 1815, l'ont aussi exécutée en France. Il n'est pas jusqu'à l'artère hypogastrique et le tronc innominé sur lesquels on n'ait fait avec avantage la même tentative. Enfin, le 9 avril 1817, A. Cooper a fait la ligature de l'aorte abdominale à la hauteur de l'ombilic, et le malade est mort quarante heures après.

Ne jugeons pas toujours par les résultats, comme nous le disions naguère, trop souvent nous serions exposé à nous tromper : nous avons assisté à des opérations qui ont sauvé la vie à des malades, et que nous ne voudrions pas répéter; au contraire, nous en avons vu d'autres qui ont été suivies presque instantanément de la mort, et que nous sommes prêt à faire quand l'occasion s'en présentera.

La ligature de l'aorte est, assurément, une opération qui offre quelque chose de trop insolite pour ne pas inspirer de grandes craintes ; mais son exécution repose sur des connaissances anatomiques profondes ; les lésions qu'elle exige pour son exécution ne sont pas tellement graves, qu'un malade ne puisse les supporter; les anastomoses sont assez nombreuses et assez directes pour que la

circulation se rétablisse : les expériences faites sur les animaux, et les faits d'anatomie pathologique, le prouvent Que faut-il de plus? Un besoin absolu de la pratiquer.

S'il nous était bien démontré qu'un malade n'a que cette chance pour échapper à la mort, nous ferions ce qu'a fait A. Cooper, et nous croirions bien faire (1).

---

(1) *Réflexions et observat. sur l'anévrysme* par Scarpa, trad. de Delpech, page 68.

Maladie des artères et des veines, par Hodgson, trad. par Breschet, tome I, page 339.

Archives de médecine, tome XIII, année 1827, page 505.

CHAPITRE VIII.

DE LA RÉUNION IMMÉDIATE APPLIQUÉE AUX OPÉRATIONS INSOLITES.

Le talent de l'opérateur se rapprocherait beaucoup de celui de l'artisan, s'il ne s'agissait que d'exécuter des opérations soumises à des règles fixes; mais il n'en est point ainsi, et l'on rencontre souvent dans la pratique des cas où l'on ne doit et ne peut prendre conseil que du moment. Aussi est-ce alors qu'il est réellement possible de connaître le génie du chirurgien, et de se faire une juste idée de ses talens opératoires.

Mais comment obéir à ces inspirations soudaines qui enfantent tant de ressources, si l'on n'a présent à la pensée un moyen capable de réparer à l'instant même tous les désordres que l'on va produire? Or, la réunion immédiate seule peut offrir cette garantie. Que de fois n'avons-nous pas vu des chirurgiens, même d'un grand mérite, reculer à l'aspect d'une opération que tout autre moins habile, mais plus familier avec la méthode adhésive, n'eût pas craint d'entreprendre! Que d'opérations auxquelles il faudrait renoncer dès aujourd'hui si l'on ne devait avoir recours à ce mode de pansement! Que de conquêtes reste-t-il encore à faire, si l'on parvient jamais à en consacrer définitivement l'usage!

ARTICLE PREMIER.

DES ENTES ANIMALES.

Quoique cette dénomination, prise dans son acception première, s'applique plus spécialement à la transplantation d'une partie quelconque du corps d'un individu à un autre, nous nous en servirons pour parler de toutes ces opérations dans lesquelles on a en vue de réparer une difformité, à la faveur d'une portion de peau empruntée aux organes circonvoisins. Telles sont la rhinoplastique, la chyloplastique, l'urétroplastique, etc.

L'histoire de ce mode opératoire est l'un des beaux morceaux à citer en l'honneur de la réunion immédiate, et l'on ne conçoit pas aujourd'hui comment ce moyen chirurgical, déjà employé avec succès par les anciens, est ainsi resté dans l'oubli durant des siècles. Quand on pense que Taliacot, dans son ouvrage publié à Venise en 1597, avait réduit ces opérations à des principes si sagement exprimés, on ne peut se figurer que l'on n'ait pas songé plus tôt à féconder cette découverte. Que l'on ne s'y méprenne pas, l'ouvrage de cet auteur renferme le germe de tout ce que l'on a dit et écrit sur cette matière. Il est riche de faits et de détails, et donne la plus haute idée du génie et de l'esprit observateur de celui qui le composa (1).

Taliacot ne s'occupe pas seulement de la restau-

(1) *De curtorum chirurgiâ per insitionem Gasparis Taliacotii Bononiensis.*

ration du nez, il parle encore de celle des lèvres et de l'oreille, donne des dessins de chacune d'elles, et fait suivre la description de ces opérations de réflexions qui annoncent une étude approfondie du sujet. L'usage que l'on faisait alors des greffes animales tenait principalement à ce que, dans l'Italie comme dans les Indes, on punissait les malfaiteurs par la perte du nez, des lèvres ou des oreilles, et que la loi leur permettait d'implorer les secours de l'art.

On a nié trop long-temps les faits, dit Percy en parlant des entes animales, et en cela on a beaucoup nui aux progrès de l'art; car l'homme ne tente guère ce qu'on lui présente comme impossible.

Quant à nous, nous avons été trop souvent témoin de ces opérations pour pouvoir douter un seul instant de la possibilité de les mettre en pratique. Mais l'idée que nous nous en formons n'est peut-être pas celle de tout le monde, nous la donnons pour ce qu'elle vaut.

1°. En faisant l'apologie de ce mode opératoire, ne confondons pas le principe avec les applications: l'idée de ce genre d'opération est une de ces découvertes qui mérite d'occuper un rang honorable dans les annales de la chirurgie et peut donner un jour de beaux résultats; mais ne croyons pas que ce moyen de prothèse soit également avantageux dans toutes les circonstances. Et, par exemple, faire l'opération de la rhinoplastique ou de la chyloplastique, ce sont pour nous deux choses bien différentes.

En effet, quel que soit le procédé que l'on adopte, on sera forcé de convenir que toutes ces opérations sont longues, délicates dans leur exécution, et causent toujours de vives douleurs aux malades. Or, nous sommes encore à nous demander si, pour rétablir simplement la régularité du nez, il convient de courir toutes ces chances, alors surtout que l'on a des moyens artificiels propres jusqu'à un certain point à masquer la difformité. On ne manquera pas de nous objecter que ces derniers sont ordinairement imparfaits, et ne simulent l'organe à remplacer que d'une manière très grossière. Mais en pratiquant la rhinoplastique, il est aussi une difformité qu'on ne parvient jamais à éviter, celle qui résulte de la crispation de la face profonde de la peau. Examinez les malades qui ont subi cette opération, et vous trouverez constamment sur la limite qui unit l'extrémité supérieure du lambeau au reste du nez une dépression plus ou moins sensible, qui rend d'autant plus apparente la saillie formée par l'enroulement de la portion des tégumens déplacés. Jamais vous ne verrez sur les côtés du lobule ces enfoncemens qui séparent les ailes du nez du chapiteau de cet organe; jamais la peau n'aura la même teinte; jamais les narines ne conserveront les dimensions qu'on leur aura données; et si l'on n'a le soin de placer dans leurs cavités de petites canules, on les verra d'un instant à l'autre s'oblitérer.

Enfin, qu'on n'aille pas se persuader qu'il est loisible à l'opérateur de donner au nez greffé la forme qu'il jugera convenable. Cette dernière sera

32.

toujours subordonnée à l'étendue du lambeau et à la durée de la suppuration de sa face interne; et quelles que soient les précautions que l'on prenne, le nez sera toujours plus ou moins recourbé et arrondi à son extrémité.

Ainsi donc l'auteur de l'histoire des progrès récens de la chirurgie a gravement erré quand il a parlé de l'*affaissement des narines et de l'aplatissement du bout du nez* (1). Allons plus loin, et disons qu'il est probable qu'il a manifesté cette opinion sans avoir jamais vu aucun malade qui eût subi l'opération de la rhinoplastique; car son langage eût été tout autre. Si, plus tard, cet écrivain s'est donné la peine d'examiner le nommé Menou (Antoine), couché au n°. 12 Saint-Victor, de l'hôpital Saint-Louis, il aura pu lui-même reconnaître son erreur. Ce malade était un de ceux opérés à Montpellier en 1825.

Ce fait nous amène naturellement à réclamer encore contre M. Richerand, et à lui reprocher de n'avoir pas dit un mot des opérations de la rhinoplastique faites par M. Delpech. Ce professeur est cependant le premier en France à en avoir renouvelé l'usage, et ses essais dataient déjà de près de cinq ans quand M. Richerand a publié son *Histoire des progrès de la chirurgie.* Au surplus, il paraîtrait que le professeur de Paris n'avait pas même lu l'ouvrage de Taliacot, dont il a cependant jugé le procédé opératoire; car il n'eût pas dit, à propos

(1) *Histoire des progrès de la chirurgie*, page 35.

du lambeau brachial, que, composé de peau, de tissu adipeux *et de chairs musculaires*, il devait offrir une masse irrégulière non moins hideuse que la difformité primitive (1). Tout le monde sait que Taliacot n'a jamais fait entrer que les tégumens du bras dans la formation du lambeau.

En outre, pourquoi le procédé italien est-il si imparfait, tandis que le *procédé indien corrige jusqu'à un certain point la difformité?* C'est ce que M. Richerand ne dit pas, et ce qu'il aurait pu indiquer s'il eût voulu profiter des remarques faites par le professeur Delpech.

Nous aussi, nous pensons, comme M. Richerand, que l'un de ces procédés est préférable à l'autre. Mais il est une condition que peu de gens connaissent, et qui est la vraie cause de la différence que l'on observe dans les résultats. Cette condition, que nous avons déjà signalée, consiste dans la présence de l'artère angulaire, suite de l'artère ophthalmique, renforcée de l'anastomose de l'extrémité de la maxillaire externe. Ces deux vaisseaux, en se réunissant, se rapprochent de la ligne médiane, et se consument en ramifications dans cette région : or, on sent de quelle importance il est de les ménager pour assurer la conservation du lambeau. Voilà pourquoi il est utile de donner à ce dernier une base très large.

Cette ressource n'existe pas lorsque l'on opère d'après le procédé indien; la peau du bras, dont on

(1) *Histoire des progrès de la chirurgie*, page 35.

se sert alors, ne contient dans son épaisseur que des vaisseaux capillaires, et ce genre de circulation ne saurait suffire pour assurer la vie au lambeau. Aussi Taliacot, qui avait probablement observé quelquefois la gangrène de la peau, a-t-il donné le précepte de ne la séparer que peu à peu de la région sur laquelle on doit la prendre D'abord, il la détachait sur les côtés et par sa face profonde; puis, par l'une de ses extrémités, et enfin par l'autre quand la réunion avec le reste du nez était déjà accomplie. Non seulement, par ces épreuves successives, le lambeau s'accoutumait à vivre peu à peu à ses propres dépens, mais encore l'inflammation suppurative à laquelle il était soumis pendant un certain temps développait en lui de nouveaux moyens d'existence ou fortifiait ceux qu'il avait déjà. Deux fois, le professeur Delpech a opéré d'après le procédé italien, mais sans prendre ces dernières précautions; deux fois, le lambeau a été plus ou moins frappé de mort. Plus de dix fois, il s'est servi de la peau du front, toujours l'opération a réussi.

En pratiquant les greffes animales, il importe donc de savoir qu'il ne suffit pas de prendre au hasard un morceau de peau pour restaurer une difformité; il convient encore que cette portion des tégumens corresponde à quelque vaisseau capable de fournir à sa nutrition.

2°. Puisque, dans toutes ces opérations, on a pour but de remédier à quelques vices de conformation, convient-il de ne pas substituer une difformité à

une autre, et d'empêcher celle qui pourrait résulter de la soustraction de la portion de peau empruntée aux organes circonvoisins? Or, n'est-il pas à craindre que la cicatrice du front ne devienne trop apparente, et fasse sentir la nécessité de préférer le procédé italien au procédé indien?

Cette préférence serait en effet fondée si, après avoir détaché le lambeau du front, on abandonnait la plaie à la suppuration; mais si l'on cherche à en rapprocher les bords par la suture, si l'on met bien à profit le pédicule du lambeau au moment de sa section, et si surtout on donne à la partie supérieure des incisions une forme angulaire très aiguë, on évitera ce grave inconvénient. C'est ce qu'indiquent très bien les dessins donnés par M. Delpech dans sa *Chirurgie clinique*.

Enfin, il est un inconvénient attaché au procédé indien et dont il faut parler : quand la déperdition de substance à réparer est très étendue, on court le risque d'être obligé d'empiéter sur le cuir chevelu, et d'avoir à l'extrémité du nez une portion de peau garnie de bulbes pileux. Cette circonstance, que nous signalons à dessein pour ne rien cacher de ce qui a frappé nos sens, n'influe pas cependant d'une manière invariable sur le sort du nouveau nez. Nous avons vu un malade chez lequel, quelque temps après la section du pédicule, il y a eu une chute bien manifeste des poils qui le recouvraient; chez d'autres, il fallait les couper de temps en temps.

3°. Ces inconvéniens et ces difficultés s'appliquent en partie à la chyloplastique; mais, en cherchant ici à remédier à une difformité, on a encore un autre but, celui d'empêcher la perte continuelle de la salive, et cette circonstance seule suffirait déjà pour justifier l'opération. D'ailleurs, il n'est pas de menton artificiel qui puisse prévenir la perte de cette humeur. On peut donc dire sans craindre d'être démenti, que, sous ce point de vue, les entes animales ont agrandi le domaine de la chirurgie. Toutefois, ne croyons pas qu'il faille seulement prendre un lambeau sur la peau du bras ou du cou, et l'appliquer sur le point correspondant à la perte de substance. Il faut en replier une partie sur elle-même de manière à la faire adhérer par sa face profonde, et à représenter le bord libre de la lèvre. Sans cette précaution, la face interne du lambeau suppure, se crispe, s'applique sur les parties subjacentes, et ne forme plus bientôt ce relief indispensable pour empêcher l'écoulement de la salive.

Nous avons cru également remarquer que si l'on faisait l'opération en un seul temps, la double torsion imprimée au lambeau, d'une part, pour former le repli labial; de l'autre, pour le transporter au niveau des lèvres, devait fréquemment l'exposer à la gangrène. On n'oubliera pas non plus que la peau dont on se sert pour réparer la difformité ne renferme dans son épaisseur aucun vaisseau capable de la soustraire à cet accident, nouveau

motif pour recourir à la suture, et renoncer aux bandelettes adhésives et encore plus aux bandages compressifs.

En pareil cas, il est du plus haut intérêt de faire cicatriser au plus tôt la plaie du cou en la réunissant; car si l'on n'a recours à ce moyen, on court le risque de voir la cicatrice tirailler la nouvelle lèvre et finir même par la déformer.

C'est une opération toujours fort délicate que celle de la chyloplastique, et trop souvent chanceuse dans ses résultats : pour en assurer le succès, il faut une série de conditions extrêmement difficiles à réunir. Plusieurs fois jusqu'à présent, nous avons assisté à ces sortes d'essais, et nous n'en avons jamais été entièrement satisfait, souvent même ils ont échoué. Si, par la suite, les résultats n'étaient pas plus encourageans, il faudrait peut-être renoncer pour toujours à la chyloplastique, et lui substituer la résection de la mâchoire. Quand nous pensons que nous avons vu faire plus de douze fois cette dernière opération, et que toutes ont été couronnées d'un plein succès, il y a vraiment de quoi réfléchir.

4°. Cette opinion, que nous avions entendu manifester à d'autres, nous avait d'abord séduit, et nous l'avions caressée pendant quelques années; mais depuis que nous avons eu connaissance du Mémoire de M. Roux, de St.-Maximin, et que nous en avons bien pesé la valeur, nos idées ont tout à fait changé. Aujourd'hui, nous ne balancerions pas à donner

le choix au procédé de ce jeune et habile opérateur. Les faits que nous allons exposer justifieront sans doute cette prédilection.

Quarante-huitième observation.

Perte de substance à la lèvre inférieure. — Nécrose partielle du maxillaire. — Écoulement continuel de la salive. — Tentative de chyloplastique. — Nouvelle opération. — Le malade sort de l'Hôtel-Dieu de Paris sans être guéri.—Nouvelle opération, nouvel insuccès.

Un enfant âgé d'environ dix ans, ayant été atteint d'une inflammation gangreneuse à la bouche, à l'occasion d'une maladie interne dont on ignorait la nature, fut conduit, un an après, par son père à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour l'y faire guérir de la difformité qu'il portait.

On voyait à la partie latérale droite et inférieure de la face une large ouverture formée aux dépens de la lèvre inférieure et de l'os maxillaire correspondant, et à travers laquelle se présentaient le sommet et une partie du corps de la langue. Cette ouverture, large d'environ un pouce et demi dans son plus grand diamètre, et presque en arc de cercle, se confondait par son extrémité latérale gauche avec la portion de la lèvre inférieure encore saine; par l'autre, avec l'extrémité antérieure du tronçon de l'os mandibulaire et adhérait, dans la plus grande partie de son contour, au dessous de la base de la langue. En un mot, il existait une plaie avec perte de substance, qui avait détruit les trois quarts environ de la lèvre et la mâchoire inférieure, depuis la seconde incisive du côté gau-

che exclusivement, jusqu'à la troisième molaire. Partout la cicatrice était adhérente, largement bridée et renversée en dedans.

La salive s'écoulait constamment par cette ouverture, le malade était maigre et peu développé pour son âge. Il ne parlait qu'avec beaucoup de peine, vu les adhérences de la face inférieure de la langue, et désirait ardemment être débarrassé de l'infirmité qu'il portait. Enfin, la portion gauche de l'os maxillaire avait subi un mouvement de rotation à droite, de manière que la section de l'os, quoique correspondant vis à vis la seconde incisive, avait dépassé la ligne médiane de la face. Quant à l'autre portion du maxillaire, elle était recouverte par la cicatrice, qu'elle entraînait dans ses mouvemens.

Réflexions. Tourmenté par le désir de restaurer cette difformité, M. Dupuytren avait conçu le projet d'y remédier par l'opération de la chyloplastique, et était au moment de la pratiquer lorsque, croyant entrevoir la possibilité d'un mode opératoire plus simple, nous pensâmes devoir lui en faire part. Notre proposition parut d'abord produire quelque effet, puisque un instant après le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu déclara qu'il allait suspendre l'exécution du plan qu'il avait formé, pour réfléchir à celui qu'on venait de lui proposer. Cependant, à travers les expressions dont il se servit pour en rendre compte à sa clinique, nous crûmes nous apercevoir qu'il n'avait pas entièrement saisi notre pensée, et nous lui adressâmes sur-le-champ les explications

suivantes, accompagnées du dessin et du plan opératoire (1).

« Après avoir examiné attentivement le malade, il nous a paru qu'en combinant d'une manière convenable les incisions faites aux tégumens qui représentent encore une partie de la lèvre inférieure, on pourrait assez aisément rétablir la totalité de cette dernière. Ainsi, on commencerait par pratiquer à droite et à gauche une incision en V très allongé, de façon à sacrifier la portion de peau comprise entre les angles C A B et E F G. Cela fait, on réunirait le point B au point G par une incision semi-circulaire B K G, dans le but de détacher la partie inférieure du lambeau de la cicatrice, qui le fait adhérer aux parties molles de la bouche. Dès lors, il ne s'agirait plus que d'isoler largement les lambeaux des parties subjacentes aux dépens de la peau de la région maxillaire et sushyoïdienne, et de porter le point G au niveau du point E, et le point B au niveau du point C.

» On conçoit, en effet, qu'en agissant ainsi, et réunissant les deux incisions en V au moyen de la suture entortillée, la ligne représentée par A B se rend en A C, et celle G F en E F, ou, en d'autres termes, l'arc de cercle B K G devient, dès ce moment, une corde qui soutend de très près la courbe formée par la lèvre supérieure; et la portion des tégumens A I H F G forme une espèce de poche

(1) Voyez Planche III, fig. 3 et 4.

ou de mentonnière dans laquelle vient s'engager la portion du menton correspondant à la perte de substance. Enfin, la facilité avec laquelle la peau du cou se laisse déplacer, et l'inclinaison antérieure que l'on donnera à la tête, sauf à la ramener ensuite à sa rectitude naturelle, sont de nouveaux garans de succès.

» Quant à l'adhérence de la langue et à la direction de la portion latérale gauche du maxillaire inférieur, nous ne voyons aucun moyen sûr pour y remédier, etc. etc. »

Tels sont les termes dans lesquels était conçue la lettre que nous adressâmes au professeur Dupuytren : le lendemain, il nous fit l'honneur de nous convoquer au lit du malade, pour lui exposer d'une manière encore plus détaillée notre procédé opératoire.

Cet appel était trop flatteur pour nous, pour ne pas nous y rendre avec empressement; mais alors s'élevèrent quelques objections auxquelles il fallut répondre avec toute la réserve que nous imposait notre position.

Huit jours s'étaient écoulés depuis ce moment, et M. Dupuytren n'avait pris encore aucun parti, lorsque, le 31 août 1829, il déclara publiquement qu'il serait fort embarrassé pour dire lequel des deux procédés opératoires était le meilleur, et dans le doute, il pencha en faveur de celui qu'il avait conçu lui-même : l'opération de la chyloplastique fut donc pratiquée.

Dans la discussion que nous allons aborder à ce

sujet, il ne s'agit plus de raisonner d'après le résultat obtenu : aujourd'hui, où trois opérations successives n'ont pu encore corriger la difformité, tout serait à notre avantage. Raisonnons, au contraire, comme si l'opération avait réussi, et voyons si le succès pouvait même justifier l'entreprise. Ce n'est point une critique que nous prétendons exercer envers M. Dupuytren, dont nous sommes, au contraire, le premier à admirer les talens opératoires : c'est un fait chirurgical très important que nous voulons remettre en question, c'est la cause de M. Roux, et non la nôtre que nous allons plaider.

A. On nous objecta qu'il existait déjà une grande perte de substance, et que nous allions en augmenter l'étendue, ce qui nous exposait à manquer de peau : nous répondîmes que la brèche à fermer n'était pas tellement considérable, que l'on pût avoir cette crainte; nous invoquâmes les faits que nous avions vus et ceux de notre ami M. Roux; nous élevâmes avec les doigts les tégumens de la région sushyoïdienne, de manière à simuler le déplacement que nous voulions que l'on opérât : mais nous devions ne pas trop insister, et nous sûmes nous taire.

On nous dit alors que la peau du cou ne se prêterait qu'avec beaucoup de peine à la distension que nous voulions lui faire subir, et voici ce que l'on a fait plus tard : après avoir détaché de cette même région un lambeau susceptible d'oblitérer la perte de substance qu'il fallait réparer, il restait à fer-

mer la solution de continuité que l'on venait de faire. En conséquence, on a incliné la tête sur le cou et, par quelques points de suture, on a mis en contact les deux lèvres de la plaie; c'est à dire que l'on a fait pour cette dernière ce que nous eussions désiré que l'on fît pour la restauration de la lèvre. Or, la solution de continuité provenant de l'ablation du lambeau était de beaucoup supérieure à celle de la face, vu la rétraction de la peau à laquelle il fallait s'attendre. Donc il n'eût pas été impossible de trouver dans le déplacement des tégumens de cette même région assez de substance pour restaurer la difformité. Car il ne faut pas s'en laisser imposer par ce que l'on en a dit dans quelques journaux; ce n'est point l'opération du bec-de-lièvre dont nous avions parlé, c'est le procédé ingénieux, mais trop peu connu, de M. Roux, de St.-Maximin, que nous avions proposé. C'est sur le déplacement de la peau de la région sous-maxillaire, que nous avions surtout compté.

B. On nous parla encore des brides que pourraient former les cicatrices provenant des plaies avec perte de substance que nous serions obligé de faire : nous fîmes observer que l'objection était nulle; car ces solutions de continuité devaient être réunies par première intention. On insista sur la possibilité de la non-adhésion des bords, et l'on ajouta que ces plaies, en suppurant, pourraient bien *dégénérer*.

S'il eût été question de remédier aux désordres produits par un cancer, nous eussions pu concevoir

tous les dangers qui pouvaient résulter d'une suppuration long-temps prolongée; mais à propos d'une plaie faite par instrument tranchant, comment présumer que cette cause eût suffi pour produire de telles altérations, alors que les phénomènes de la phlogose ont pu occuper impunément, et durant un long espace de temps, toute la surface de la solution de continuité représentée par la perte de substance? Où en serions-nous, et où en seraient surtout les détracteurs de la réunion immédiate, si cette cause pouvait amener aussi facilement la *dégénérescence* des tissus? Où en eût été M. Dupuytren lui-même, si l'inconvénient qu'il reprochait à notre mode opératoire se fût réalisé sur son malade? Trois fois il a cherché à fermer la plaie, trois fois il a échoué; trois fois les lèvres de la solution de continuité ont suppuré, et cette prétendue *dégénérescence* n'a jamais eu lieu.

C. Au reste, dit M. Dupuytren, si le procédé que nous allons mettre en usage ne réussit pas, nous pourrons toujours en venir à celui qu'on nous propose. Mais le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ne se doutait pas, en parlant ainsi, qu'à l'instant on retournait son argument, et l'on se demandait : pourquoi ne pas commencer par le procédé le moins dangereux et le plus simple? Était-il d'ailleurs bien sûr qu'en faisant d'abord l'opération de la chyloplastique, M. Dupuytren eût la faculté de recourir au procédé de M. Roux? Si le lambeau eût été frappé de mort, et que la plaie du cou eût suppuré, il devait en résulter un tiraille-

ment très grand sur la peau de la région sushyoïdienne. Au contraire, en opérant comme nous le proposions, rien ne pouvait empêcher de pratiquer plus tard la chyloplastique : la réunion pouvait ne pas se faire; mais la mortification de la peau était impossible. L'opération était très simple et très aisée dans son exécution; celle qu'a pratiquée M. Dupuytren a été, au contraire, très difficile et très longue : elle a duré plus de trois quarts d'heure. La seconde l'a été beaucoup moins, mais elle a été encore sans résultat : il en a été de même de la troisième (1), qu'en sera-t-il de la quatrième ?

Qu'a-t-on enfin obtenu après bien du temps, bien des douleurs pour le malade et bien des soins de la part du chirurgien? On est parvenu à fermer une partie de la brèche, et à placer sur son côté externe une langue de peau prise sur la région du cou. Que reste-t-il à faire ? Une partie de l'opération que nous avions proposée en premier lieu.

Au moment que nous pesions dans le silence la valeur de toutes nos réponses, nous reçûmes par un heureux hasard une lettre de M. Rolland, chirurgien en second à l'hôpital de Toulouse, dans laquelle il nous communiquait une observation analogue à celle publiée par M. Roux. C'est un des plus forts argumens à citer encore contre M. Dupuytren.

(1) Ces deux fois-là, on a cherché à rapprocher les bords en les rafraîchissant.

Quarante-neuvième observation.

Cancer énorme à la lèvre observé à l'hôpital Saint-Jacques à Toulouse. — Application du procédé de M. Roux. — Guérison complète et rapide.

Pierre Markaud, admis à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de juin 1829, portait à la face un ulcère cancéreux, *qui avait détruit toute la portion libre de la lèvre inférieure*; la portion adhérente à la face était dure, tuméfiée, et fournissait une matière ichoreuse qui maintenait dans un état permanent d'inflammation toutes les parties environnantes. La figure du malade avait un aspect hideux, la salive s'écoulait constamment par la bouche, une partie même des alimens refluait par cette ouverture au moment de la mastication, et l'articulation des mots était très difficile. Les glandes salivaires n'étaient le siége d'aucun engorgement, les fonctions se faisaient assez bien. L'opération fut décidée et exécutée par M. Rolland, comme il suit :

Le mal occupant déjà une partie de la joue gauche, il fut d'abord obligé d'agrandir la commissure des lèvres de ce côté, dans l'étendue d'un demi-pouce. Alors, de l'extrémité de cette première incision, il en fit une seconde qui se dirigeait perpendiculairement en bas jusqu'à l'os hyoïde. Une troisième, parallèle à cette dernière et commencée à la commissure droite, fut faite aussi et prolongée jusqu'au même point. Dès ce moment, M. Rolland s'occupa à isoler le lambeau qu'il venait de circons-

crire, en commençant par la face externe de la mâchoire inférieure. Cette dissection devint assez longue et pénible, mais les artères furent liées à mesure qu'on les ouvrait. On retrancha soigneusement tout ce qui était malade, et l'on eut encore après cette excision un lambeau en forme de carré long. Ce dernier étant relevé de manière à couvrir les dents, ce qui fut encore rendu plus facile par l'inclinaison que l'on donna à la tête, on le maintint en place au moyen de la suture entortillée vis à vis les commissures, et de la suture entrecoupée dans le reste de l'étendue de la plaie. Le tout fut recouvert avec l'appareil dit du bec-de-lièvre.

L'opéré fut placé dans son lit, la tête légèrement fléchie sur la poitrine : nuit tranquille ; le lendemain, il était sans fièvre. Mais peu habitué à la diète, il demandait sans cesse des alimens. (Bouillon de poule, crême de riz .)

Le troisième jour, on leva l'appareil : tout était réuni, à l'exception des points correspondans aux commissures ; on enleva les aiguilles, on laissa déterger pendant quelques jours les bords de la plaie et l'on appliqua de nouveau la suture entortillée. La plaie du côté gauche se réunit, mais le malade ne pouvant résister à l'envie de manger fit encore déchirer la commissure droite. M. Rolland se proposait d'oblitérer complétement la plaie par quelque nouveau point de suture ; le malade s'y est refusé, et il reste au côté droit de la bouche un bec-de-lièvre de 4 lignes de profondeur environ.

« La nouvelle lèvre remplace avantageusement » l'ancienne, nous écrit M. Rolland; l'aspect de la » figure est totalement changé, le malade mange » et parle facilement, le cou n'est plus humecté » par la salive. La guérison a été obtenue le » vingtième jour de l'opération. »

Réflexions. Si les raisons que nous avons alléguées en faveur du procédé opératoire que nous avions proposé n'ont pu convaincre nos lecteurs, on ne se refusera pas, du moins, à se rendre à l'évidence du fait observé par M. Rolland: alors qu'il s'agissait seulement de restaurer les trois quarts environ d'une lèvre en déplaçant la peau du cou, M. Dupuytren a craint de *manquer d'étoffe* : eh bien, M. Rolland a eu non seulement à sacrifier toute la lèvre, mais encore une partie de la joue du côté gauche; et les tégumens de cette même région lui ont fourni toute la substance dont il a eu besoin (1). Espérons qu'à mesure que ce mode opératoire sera mieux connu, on en fera un plus grand usage.

5°. Telles étaient les dernières idées auxquelles nous nous étions arrêté, lorsque le docteur Rigal, dont nous avons déjà parlé, ayant fait part à M. Lisfranc du procédé opératoire de M. Roux, le chirurgien en chef de la Pitié en fut émerveillé, et résolut d'en faire incessamment l'application: en effet, le 14 octobre 1829, nous avons vu cet opérateur

---

(1) M. Rolland a été formé à l'école de M. Viguerie, un tel maître ne peut faire que de bons élèves.

intrépide enlever, d'après ce procédé, un cancer qui avait détruit plus que la totalité de la lèvre inférieure, une partie des joues, et près de la moitié de la lèvre supérieure. La plaie qui en résulta était énorme, presque tout le corps de l'os maxillaire était à découvert, et la figure du malade présentait un aspect affreux.

Les personnes qui voyaient pour la première fois mettre en pratique ce mode opératoire ne concevaient pas comment on pourrait remédier à une aussi grande perte de substance. Mais deux incisions angulaires très aiguës avaient été faites dans chacun des points correspondans aux commissures, une troisième, purement linéaire, s'étendait depuis l'angle submental jusqu'à l'os hyoïde, et dans tous les points intermédiaires la peau avait été largement disséquée.

Dès l'instant que la dissection fut terminée et les vaisseaux liés, M. Lisfranc, inclinant la tête du malade en avant et en bas, engagea tout le corps du maxillaire dans l'espèce de mentonnière formée aux dépens de la peau de la région sushyoïdienne, et parvint, à l'aide de cette manœuvre, à rapprocher les bords des incisions et à les mettre en contact. Des épingles furent alors placées à divers intervalles à travers les lèvres des plaies, et maintenues à l'aide de la suture entortillée. Un linge fin enduit de cérat, quelques gâteaux de charpie, et un bandage en mentonnière et légèrement compressif servirent au pansement.

Il faut avoir été témoin de cette opération pour

concevoir l'étonnement qu'elle produisit chez tous les assistans : M. Lisfranc lui-même ne put contenir sa satisfaction en présence de son auditoire, et les termes chaleureux dans lesquels il en rendit compte le jour d'après à l'Académie donnèrent la mesure des sentimens qu'elle lui avait inspirés. Qu'il est doux, en effet, pour celui qui se voue à l'exercice de l'art de guérir, de découvrir un nouveau moyen pour arracher à la mort quelques victimes!

Nous en avons aujourd'hui la conviction : si l'on se pénètre bien du mode opératoire de M. Roux, on se mettra dans le cas de pouvoir opérer beaucoup de cancers auxquels on eût renoncé de toucher. Quelle que soit l'étendue de la perte de substance à faire, la peau ne manquera que rarement pour la recouvrir : voyez ce qu'ont obtenu MM. Roux, Rolland et Lisfranc, et jugez maintenant si M. Dupuytren n'eût pas pu réussir par le même procédé (1). Au surplus, quel que fût celui qu'il eût adopté, il existait chez son malade une circonstance qui devait rendre, dans tous les cas, le résultat de l'opération moins efficace. L'isolement complet du lambeau par sa face profonde, et le défaut

(1) Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour dire avec quelle loyauté M. Lisfranc a toujours accueilli les procédés opératoires que nous lui avons proposés : il en est d'autres qui les eussent rejetés sans avoir même voulu les essayer. En chirurgie, comme en médecine, le savoir n'est pas tout ; il faut aussi de la bonne foi et du désintéressement dans l'appréciation des moyens thérapeutiques.

de possibilité de son adhésion avec les parties subjacentes, ne pouvaient que contribuer à donner plus d'étendue à l'enroulement qu'il subit toujours à l'occasion de la suppuration de son bord libre. Mais cet état d'isolement devait aussi faire craindre encore davantage la mortification du lambeau, et c'était là un motif de plus pour renoncer au procédé qui fut mis en usage.

Nous n'insistons sur tous ces détails que parce que nous pensons que le procédé opératoire de M. Roux peut suppléer, presque dans tous les cas, à l'opération de la chyloplastique. Quiconque voudra se donner la peine de faire des essais comparatifs pourra facilement s'en convaincre.

Mais est-il possible, par le procédé de M. Roux, d'éviter la torsion de la portion supérieure du lambeau indiquée par le professeur Delpech? Voici ce qu'en dit M. Roux lui-même : le bord libre de la peau qui doit remplacer la lèvre se rétrécit considérablement en se cicatrisant. Il faut donc en prendre un tiers de plus, afin qu'en se crispant il ait encore toutes les dimensions nécessaires pour égaler la lèvre supérieure, qui doit servir de point de comparaison. Cependant, chez quelques uns de mes opérés, la face interne de la lèvre nouvelle, restée libre vis à vis les dents, offre l'aspect des membranes muqueuses (1). C'est là un point du mode opératoire que nous recommandons à l'attention des chirurgiens; car à quoi servirait la lè-

---

(1) *Revue médicale,* janvier 1828, page 57.

vre si elle n'était propre à empêcher la salive d'être constamment versée au dehors ?

6°. La perte d'une partie ou de la totalité du nez et la destruction de la lèvre inférieure ne sont pas les seuls cas où l'on puisse avoir recours aux greffes animales. Déjà, en Angleterre et en France, on a essayé aussi d'oblitérer par ce moyen quelques fistules urinaires; mais en supposant que la vitalité du lambeau n'eût pas ici à courir les mêmes chances que dans les cas précédens, nous serions bien trompé si le contact seul de l'urine ne frappait souvent la peau de gangrène.

Nous en étions à agiter mentalement cette question lorsque, dans le mois d'octobre 1824, nous vîmes pour la première fois pratiquer l'urétroplastique. Les conditions au milieu desquelles on la fit étaient on ne peut plus favorables; le malade venait d'être opéré de la taille, et portait encore au périnée une ouverture dans laquelle on avait placé une sonde pour empêcher la sortie de l'urine par l'urètre. Mais la déperdition de substance était grande : il s'agissait de réparer plus d'un pouce de la totalité du canal de l'urètre, isolé des corps caverneux et percé comme une pomme d'arrosoir.

Deux fois, on tenta l'opération, deux fois le lambeau fut frappé de mort : dans un cas, on avait pris les tégumens à la partie inférieure et externe du basventre au dessus de l'arcade crurale; dans l'autre, à la partie interne et supérieure de la cuisse. N'oublions pas que dans ces deux régions se trouvent des vaisseaux sous-cutanés que l'on avait eu l'at-

tention de ménager. Tout était donc conçu et combiné pour le mieux, et cependant on ne réussit pas. Nous ne voulons pas en déduire que la mortification du lambeau ait toujours lieu (1); mais nous avons souvent parlé des succès dont nous avons été le témoin, et nous devons compte des revers que nous avons observés. Les uns ne sont pas moins utiles à connaître que les autres.

7°. A l'étude des greffes animales se rattache celle de la transplantation de certains organes et de la réapplication d'une partie entièrement séparée du corps; mais en traitant cette partie de la question, nous pourrions paraître incrédule aux yeux des uns, trop crédule aux yeux des autres, et nous nous abstenons d'en parler. En pareille matière, quand on n'a rien vu, le mieux est de se taire.

ARTICLE II.

DE L'EXTIRPATION DES TUMEURS.

Il n'est pas de mode opératoire dans lequel on apporte en général moins de réflexion et de méthode que dans l'extirpation des tumeurs : malheureusement, on se persuade qu'il n'y a rien de plus facile à faire, et l'on procède tant bien que mal à l'exécution. Ainsi, l'un sacrifie d'une main hardie, mais aveugle, la peau et les organes circonvoisins;

---

(1) Des opérations de ce genre ont été faites en Angleterre avec succès.

l'autre trace ses incisions comme au hasard, et laisse agir le bistouri là où les doigts ou le manche du scalpel pourraient suffire. Celui-ci, jaloux surtout d'opérer avec célérité, attend pour lier les vaisseaux ouverts que la tumeur soit enlevée; celui-là réunit ou ne réunit pas la plaie, souvent, sans savoir pourquoi ni comment. Enfin, quelques uns ne tiennent aucun compte des adhérences que la tumeur peut avoir contractées; d'autres, enseignent publiquement qu'il importe peu de connaître *à priori* sa nature, et tous croient avoir suivi les règles de l'art.

1°. La chirurgie de notre siècle ne peut plus s'accommoder de cette manière de faire ni de raisonner : pour se livrer avec quelque garantie à une entreprise chirurgicale, faut-il au moins connaître d'une manière bien positive et la nature et les limites du mal. Peut-on penser, par exemple, que l'on doive agir à l'égard d'un kyste séreux comme on le ferait pour un kyste corné? Non, ceux de la première espèce peuvent sans inconvénient se prêter à l'inflammation suppurative; chez les autres, l'interposition des corps étrangers ne sert qu'à provoquer la mortification de la membrane qui les forme, ou plus souvent encore à donner lieu à des excroissances fongueuses qui en ont imposé pour des cancers. C'est donc là le cas d'emporter la totalité de la tumeur.

D'une autre part, croit-on qu'il soit indifférent de savoir si la tumeur que l'on va extirper est formée par un fongus hématode ou par tout autre tissu morbide? Si tous les chirurgiens étaient également

pénétrés de l'importance de cette distinction, nous n'aurions pas été le témoin de quelques faits malheureux qui se sont passés sous nos yeux. Pense-t-on enfin que, relativement au mode de pansement, il n'y ait aucun avantage à distinguer *à priori* un lipôme d'un cancer? Ce précepte, que l'on devrait trouver écrit en grosses lettres dans tous les livres, est méconnu par tant de gens, que nous croyons devoir y consacrer quelques pages.

M. Roux, dans sa *Relation de son voyage à Londres*, avoue qu'en France on ne réunit pas en général assez à la suite de l'extirpation des tumeurs cancéreuses, et prétend avoir eu beaucoup à se louer de la méthode adhésive. Il pense qu'en laissant suppurer la plaie on s'expose à voir repulluler le cancer. En effet, on serait aujourd'hui presque honteux de répéter, avec les anciens, que l'issue du pus est un moyen d'élimination pour le vice cancéreux. Au contraire, tout le monde sait que si l'inflammation n'est pas la seule cause du cancer, elle sert au moins à hâter son développement.

Mais pour réunir la plaie, nous répondra-t-on, il faut respecter une partie des tégumens, ce qui expose encore plus le malade à la reproduction du cancer. Cette objection, à laquelle nous avons répondu presqu'en commençant ce travail, est loin d'être fondée; car le plus grand nombre des malades chez lesquels nous avons vu le cancer repulluler sont précisément ceux chez lesquels les sacrifices étendus qu'il a fallu faire avaient empêché l'opérateur d'avoir recours à la réunion. Parmi les

faits les plus saillans que nous aurions à mentionner, nous nous bornerons à rapporter celui d'un cordonnier, auquel on extirpa un cancer très volumineux situé à la face palmaire de l'avant-bras. Afin de mieux assurer le succès de cette opération, le professeur Lallemand, chargé de l'exécuter, s'était cru obligé de sacrifier la peau, l'aponévrose anti-brachiale, une partie des prolongemens aponévrotiques intermusculaires, et même une légère couche de muscles superficiels; en un mot, tout ce qui touchait au cancer. Les bords de la plaie furent bien rapprochés avec des bandelettes, mais la réunion ne put se faire qu'en partie, et il resta une large solution de continuité qui suppura long-temps. Enfin, le malade guérit, et l'opérateur et les assistans pensaient que cette fois-ci, du moins, la guérison serait solide. Un an environ après, nous avons vu (et nous en appelons au professeur Lallemand) le même malade atteint d'une nouvelle tumeur cancéreuse au même endroit où avait déjà existé la première.

Cinquantième observation.

Cancer encéphaloïde au cou. — Extirpation de la tumeur. — Réunion médiate de la plaie. — Reproduction de la maladie. — Ablation du nouveau cancer. — Impossibilité de réunir par première intention. — Nouvelle reproduction du mal.

Pierre Durand, âgé de quarante-six ans, né à Saulières, département de l'Aveyron, avait toujours joui d'une santé florissante, lorsqu'il vit paraître, il y a environ dix ans, une petite tumeur au dessus

et au dehors de la base de la mâchoire du côté gauche, laquelle disparut par l'usage d'un emplâtre fondant. Dans le courant de l'année 1825, il se manifesta à peu près au même endroit une autre tumeur, offrant d'abord le volume d'un pois, mais augmentant de grosseur avec assez de rapidité. Depuis lors, la maladie a fait de nouveaux progrès, et au moment que Pierre Durand est entré à l'hôpital, le 16 mai 1827, il était dans l'état suivant :

La tumeur occupait en partie la région sous-maxillaire et jugulaire droite : elle était obliquement dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Son extrémité antérieure répondait à la glande sous-maxillaire au devant du masséter, et la postérieure au dessous du tiers supérieur du sterno-mastoïdien.

Sur quelques points de sa périphérie, on croyait sentir la fluctuation : au reste, elle était indolente, mobile principalement en avant, sans changement de couleur à la peau et bien évidemment formée de deux portions distinctes, dont l'une, antérieure, plus petite, offrait une forme à peu près sphérique, et l'autre, inférieure et postérieure, plus considérable, ressemblait assez bien à une espèce de calebasse. La déglutition et la respiration se faisaient avec facilité, seulement le malade était un peu gêné pour articuler les mots.

Le 18 mai, M. Delpech procéda à l'extirpation de la tumeur et ne se servit que le moins possible du bistouri; il fallut néanmoins avoir recours à un grand nombre de ligatures. La réunion de la plaie est jugée impossible par la quantité de sang qui

s'écoule de sa surface, et par les sinus qu'elle présente. On entasse donc des tampons de charpie dans le fond de ces cavités, et l'on soutient le tout par un bandage médiocrement serré.

Ce mode de pansement est suivi d'une inflammation de la gorge, pour laquelle il faut employer les saignées, les sangsues et les cataplasmes. Une diète des plus sévères devient également nécessaire durant plusieurs jours; cependant peu à peu le calme renaît, la plaie suppure, son fond se garnit de bourgeons celluleux, et la cicatrice se fait.

Mais à peine sorti de l'hôpital, Pierre Durand a la douleur de voir le cancer se reproduire immédiatement au dessus de la cicatrice, et déjà, le 20 juillet de la même année, il revient à Montpellier pour se soumettre à une nouvelle opération; cette fois-ci encore, la tumeur était formée par le tissu encéphaloïde.

Cette seconde opération fut très pénible et l'on arracha plutôt le cancer avec les doigts qu'on ne l'extirpa, tant il adhérait aux parties circonvoisines. Le même motif qui la première fois avait empêché d'avoir recours à la réunion existait encore, et l'on se vit forcé de faire suppurer la plaie. Après une période d'un mois environ, la cicatrice fut complète; mais quand le malade voulut se rendre chez lui, nous l'examinâmes de rechef, et nous trouvâmes à la région susclaviculaire gauche plusieurs tumeurs dures et inégales, dont l'aspect nous inspira les plus vives craintes sur son état. Nous n'oserions pas cependant garantir qu'elles fussent de na-

ture cancéreuse; car peu de temps après nous avons perdu de vue le malade.

Réflexions. Quels que soient les avantages qu'il y ait à réunir par première intention les plaies qui proviennent de l'ablation des tumeurs cancéreuses, il est des cas dans lesquels on ne peut avoir recours à ce moyen : tel est celui que nous venons de présenter. En effet, toutes les fois qu'on ne peut mettre en contact la face profonde des tégumens avec les organes subjacens, et qu'il reste entre ces parties une cavité intermédiaire, ce serait à pure perte que l'on chercherait à tenter la réunion de la peau. En supposant qu'elle pût se faire, le pus ne manquerait pas de s'accumuler au dessous, et l'on se verait réduit, pour en faciliter l'issue, à détruire une cicatrice déjà formée. Mais aussi qu'en peut-il résulter? Une inflammation vive des organes de la voix et de la déglutition, et par suite des accidens très graves. Est-il un chirurgien qui eût osé tamponner avec de la charpie la surface de la plaie si, comme dans l'un des cas déjà cités, on eût été obligé de mettre à découvert l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne, le nerf de la huitième paire et le grand sympathique?

Les obstacles que l'on a rencontrés pour l'ablation du cancer prouvent, comme nous l'avons déjà dit, combien le voisinage d'une inflammation, l'application des caustiques ou toute autre cause peuvent, en altérant la densité des tissus et provoquant des adhérences, ajouter aux difficultés de l'opération. Ainsi, telle tumeur qui, dès le principe, eût été

susceptible d'être enlevée devra désormais être respectée, si l'on a la certitude qu'elle adhère aux parties voisines. Cette fois, le professeur Delpech se vit presqu'au moment de renoncer à terminer l'opération.

2°. Dans l'extirpation des tumeurs, les limites et la position du mal ne sont pas moins importantes à examiner que sa nature.

Un kyste situé près du sac lacrymal et des conduits du même nom ne devrait pas être extirpé s'il était stationnaire, parce que l'on ignore les rapports de la tumeur avec les organes circonvoisins, et qu'une lésion de ceux-ci laisserait subsister un larmoiement incurable.

Il en est bien autrement encore des kystes renfermés dans l'intérieur de l'orbite : c'est ici qu'il faut redoubler d'attention, et chercher à s'assurer d'avance de l'étendue de la maladie. Dans tous ces cas il importe essentiellement de savoir si la tumeur n'enverrait pas quelque prolongement dans le crâne à travers le trou optique. C'est parce que nous avons eu sous les yeux un cas de cette espèce, que nous tenons à le signaler, afin que d'autres en profitent et puissent se mettre à l'abri de l'accident mortel qui en résulta.

3°. Dans diverses parties de notre corps il existe des bourses muqueuses (car c'est là le nom que Brodie leur a donné), et que l'on ne saurait ouvrir sans danger. Il en est une sur l'angle inférieur de l'omoplate et qui sert à faciliter le jeu du grand dorsal; une autre, sur l'extrémité in-

terne de l'épine de l'omoplate, pour le trapèze; une troisisième sur la face externe du grand trochanter pour le tendon du grand fessier; une quatrième, à l'attache de la *patte-d'oie* sur le tibia.

C'est précisément à l'occasion de l'ouverture de cette dernière et de l'évacuation de la sérosité qu'elle contenait, que nous avons vu, en 1821, l'interposition de quelques bourdonnets de charpie suffire pour donner lieu à l'inflammation de l'articulation du genou, à la formation de plusieurs collections purulentes très étendues, et conduire le malade à deux doigts de sa perte.

Ce fait montre d'une manière incontestable combien le procédé de l'injection, conseillé en pareil cas par quelques auteurs, pourrait avoir d'inconvéniens. Toutes les fois que la tumeur avoisine une grande articulation, nous croyons qu'il est conforme aux règles de l'art de se contenter d'une simple ouverture, et de réunir la petite plaie immédiatement après. Une légère compression exercée sur la tumeur peut empêcher la reproduction du mal; c'est ce que nous avons vérifié pour la bourse muqueuse placée au devant de la rotule, etc.

3°. Le volume de la tumeur à extirper peut aussi exercer une grande influence et sur les déterminations de l'opérateur, et sur le choix à donner au mode de pansement. Ainsi, tout le monde sentira pourquoi celui qui est dans l'usage de réunir les plaies doit, toutes choses égales, se livrer à de plus grandes entreprises. Ceux même qui professent des opinions contraires aux nôtres conviendront

qu'il est des tumeurs tellement volumineuses, que si l'on ne devait compter sur les avantages de la réunion immédiate, leur extirpation deviendrait impossible. Tel était le cas d'un cancer encéphaloïde du poids de vingt-cinq livres, qui occupait la partie latérale droite de la poitrine, et pour l'ablation duquel il fallut mettre à découvert presque en entier le grand pectoral et une partie du bord supérieur du grand oblique; mais on avait conservé les tégumens : on réunit la plaie, et quinze jours après il n'existait plus qu'une cicatrice linéaire. Plus de six ans se sont écoulés depuis cette époque, et le cancer n'a pas reparu. Que de fois n'avons-nous pas vu des hommes même très versés dans le manuel opératoire faire de vains efforts pour affronter les lèvres d'une solution de continuité, alors qu'un peu plus de longueur dans les incisions, une forme un peu plus elliptique ou angulaire donnée à la plaie eussent levé tous les obstacles!

Ce n'est pas assez que d'avoir rempli toutes ces conditions, il importe encore de savoir quel est le moyen à l'aide duquel on doit procéder à la réunion. Si la tumeur est peu volumineuse, et que l'on n'ait été obligé de faire subir aucune perte de substance aux tégumens, les bandelettes adhésives doivent suffire; si le cancer ou le kyste est étendu, et que pour l'isoler avec plus de facilité on ait été dans la nécessité de faire à la peau plusieurs incisions, le rapprochement des lambeaux ne pourra guère avoir lieu qu'à l'aide de la suture. Enfin, si la maladie existe sur les parois de la poitrine ou

dans toute autre région représentée par une large surface, des moyens compressifs bien ménagés auront l'avantage de mettre toutes les parties bien en contact, de s'opposer à l'effusion ultérieure du sang que pourraient fournir les plus petits vaisseaux, et de modérer même en partie le mouvement fluxionnaire.

N'allez pas cependant emprisonner la poitrine dans un bandage violemment serré ; entassez de la charpie et des compresses sur le lieu correspondant à la plaie, de manière à former un point culminant qui permette d'exercer une compression presque toute locale. N'oubliez pas non plus que la délicatesse de la peau du sein expose cette portion de l'enveloppe cutanée à de fréquens érysipèles ; méfiez-vous de l'état des choses quand, le second ou le troisième jour de l'opération, la malade souffre plus qu'à l'ordinaire. Enlevez l'appareil, voyez ce qui se passe, substituez des applications douces et émollientes au bandage compressif. A cette époque, ce dernier moyen ne pourrait que faire beaucoup de mal.

Voilà comment on prévient les accidens qui résultent, non pas de la réunion immédiate, mais d'une complication survenue à la suite de l'opération.

Ainsi, que l'on ne se figure pas qu'il n'y a rien de plus simple et de plus aisé que l'emploi de la méthode adhésive : les moyens dont elle se compose sont aussi nombreux que variés ; la difficulté

consiste à savoir les isoler ou à les combiner selon le besoin.

Cinquante et unième observation.

Corps fibreux dans l'articulation du genou. — Extraction. — Réunion par la suture. Inflammation de la membrane synoviale. — Ponction. Accidens inflammatoires et nerveux. — Mort.

Bernède Joseph, âgé de trente-sept ans, éprouvait, depuis plusieurs années, de la gêne dans l'exercice de sa profession de boulanger, par suite de douleurs assez vives dont l'articulation du genou gauche devenait par intervalles le siége. Il vint à l'hôpital St.-Éloi le 3 novembre 1824, et en l'examinant avec attention, on reconnut qu'il existait dans l'articulation plusieurs de ces petits corps fibreux que l'on voit parfois s'y développer. On proposa au malade d'en faire l'extirpation, et l'opération fut pratiquée sur-le-champ.

Une incision en forme d'arc de cercle est tracée sur le côté interne du genou vers lequel les corps étrangers avaient été refoulés; on déplace tout aussitôt la portion de peau correspondante, afin que l'incision des parties profondes ne soit pas parallèle à celle des tégumens; on ouvre la synoviale, une partie de l'humeur qu'elle contient s'écoule; on saisit successivement avec une petite airigne six corps fibreux dont le plus gros avait le volume d'une amande, et l'on en fait l'extirpation. On réunit aussitôt la plaie par quatre points de suture et quelques bandelettes agglutinatives, et l'on

place le membre dans une gouttière. On donne une potion avec quarante gutt. laud. Déjà le soir, le malade souffre beaucoup et la réaction est très prononcée: on fait une saignée au bras de douze onces. Le jour d'après, les douleurs de l'articulation persistent, et il faut en venir à l'application des sangsues, aux fomentations émollientes et aux linimens sédatifs; on administre aussi quelques grains d'opium gommeux à l'intérieur.

Jusqu'au 7 novembre, le mal va toujours en augmentant malgré les saignées et les sangsues plusieurs fois répétées. Ce jour-là, on enlève les points de suture, la plaie est déjà réunie; mais on constate la présence d'un épanchement dans la synoviale, et l'on pratique une ponction avec le trois-quarts. Il s'en écoule une grande quantité de pus et le malade paraît soulagé.

Sous peu, l'épanchement se reproduit, les symptômes se renouvellent, et l'on fait une nouvelle ponction, qui donne encore issue à beaucoup de pus. Bientôt l'épigastre devient douloureux, le délire éclate, une teinte ictérique couvre tout le corps du malade. (Troisième ponction à la synoviale, sangsues à l'épigastre, potion calmante, sinapismes aux coudes.)

Malgré tous ces remèdes, les symptômes acquièrent de plus en plus d'intensité et le malade meurt le 14 novembre, à 5 heures du soir.

L'autopsie laisse voir les traces d'une inflammation violente de la membrane synoviale, les carti-

lages sont rougeâtres et réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier. Quelques corps fibreux analogues à ceux qui ont été extraits adhèrent encore à ce repli que la synoviale forme derrière la rotule. Quant aux autres organes, on ne trouve rien de de bien saillant ni dans la tête, ni dans la poitrine, ni dans le bas-ventre ; seulement, la membrane interne de l'estomac est légèrement phlogosée (1).

Réflexions. Si jusqu'à présent nous n'avons eu le plus souvent que des succès à raconter, nous devons à la vérité de dire que cette fois-ci la réunion immédiate n'a pas eu le même résultat. Ce n'est pas que la coaptation des parties ait engendré le mal ; mais, au moins, sommes-nous forcé de recon-

(1) Cette maladie, isolément décrite dans quelques livres anciens, dans Paré, par exemple, avait été oubliée par les modernes, lorsqu'un grand nombre de cas semblables s'en sont presque tout à coup offerts aux chirurgiens anglais et allemands, et bientôt après à la pratique de Desault.

Tantôt cartilagineux, tantôt purement osseux, ces corps participent assez ordinairement de ces deux états ; et alors un noyau osseux est recouvert d'une croûte cartilagineuse. Sur cinq observations recueillies par Desault, trois sont de la première espèce et deux de la troisième. Plusieurs auteurs, Morgagni en particulier, ont reconnu la seconde ; et même ce dernier a rencontré dans la même articulation des corps osseux et d'autres cartilagineux. D'où il paraîtrait que cette variété de structure ne tient qu'à l'ancienneté de la maladie, et que chaque concrétion est destinée à passer successivement par ces trois états. (*OEuvres chirurgicales de Desault*, tome I, page 290.)

naître qu'elle n'a pas toujours suffi pour le prévenir.

Cet exemple malheureux n'est pas le seul que nous ayons recueilli en ce genre, et nous dirons, avec la même franchise que nous avons mis à proclamer les heureux effets de la réunion, que l'extirpation des corps fibreux engendrés dans l'articulation du genou a toujours été suivie de plus ou moins de dangers. Ce langage étonnera peut-être quelques uns de nos lecteurs, tant il est en opposition avec nos principes et avec les idées de Desault et de Brodie (1). Mais nous avons promis de ne jurer sur la parole de personne et de présenter les faits dans toute leur nudité. Or, d'après l'examen de ceux que nous avons entre les mains, nous déclarons comme très dangereuse une opération que tant d'autres ont signalée comme très simple.

Cette différence dans les résultats tiendrait-elle à ce que, dans les exemples qui se sont passés sous nos yeux, on a fait usage de la suture? La chose est possible, et nous ne voyons pas, dans ce cas, la nécessité d'y avoir recours. Cependant nous ne serions pas éloignés de penser que les accidens ont surtout tenu à ce que l'on n'avait pas suffisamment éteint l'inflammation, avant d'opérer; car les corps étrangers en produisent toujours. Du reste,

(1) *OEuvres chir.*, tome I, page 298. *Traité des malad. des articulat.*, trad. par Marchant, page 224.

renonçons encore ici à la suture, puisqu'on peut s'en dispenser; mais si nous tenons à opérer, et si le cas l'exige (car telle est la condition indispensable), ayons recours à la réunion. Theden, Simson, Bromfield, Gooch, Bell, Desault, Brodie ont tour à tour pratiqué cette opération avec succès, et tous ont eu le soin de réunir la plaie.

ARTICLE III.

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Parmi les infirmités propres aux personnes du sexe, il en est peu contre lesquelles la chirurgie ait opposé moins de ressources qu'à l'égard des fistules vésico-vaginales: quand on se rappelle que Chopart et Desault dont tout le monde a pu apprécier le génie inventif ont à peine consacré quelques lignes à cette étude, on serait presque tenté de croire que tous les efforts de l'art sont déjà venus se briser contre cet écueil. Cependant, dit le professeur Lallemand, il reste beaucoup à faire sous ce rapport, ou plutôt, il faut le dire, on n'a presque rien fait encore; et je ne doute pas que beaucoup de fistules vésico-vaginales, regardées généralement comme incurables ne soient susceptibles d'une guérison radicale par des procédés très simples (1).

Telle était la pensée qui s'était présentée à l'esprit du professeur Lallemand lorsque l'occasion

(1) *Archives de médecine*, avril 1825.

de la réaliser vint s'offrir : appelé à donner ses soins à une dame de Marseille, atteinte de cette infirmité, il porta dans le vagin un rouleau de cire à mouler, et l'empreinte qu'il en obtint lui prouva qu'il existait une fistule transversale d'environ sept lignes, correspondant au col de la vessie. L'ulcération de la paroi vésico-vaginale avait succédé à un accouchement laborieux. Déjà un grand nombre de moyens avaient été tentés.

M. Lallemand voulut d'abord opérer le rapprochement des lèvres de la plaie en tirant les extrémités en sens contraire, comme on le ferait sur une boutonnière, et, pour arriver à ce but, il fit construire une espèce de forceps dont on pouvait graduer l'écartement à l'aide d'une vis de rappel placée à l'extrémité des branches extérieures.

Ce moyen fut en effet mis en usage ; mais la malade ne put résister aux tourmens que lui causait le tiraillement du vagin, il fallut y renoncer. Alors l'opérateur pensa qu'on pourrait renfermer dans la cavité d'une sonde une espèce d'airigne double, qui, au moyen d'un levier armé d'un pas de vis, sortirait par deux trous pratiqués à quelque distance de l'extrémité viscérale de la sonde, et pénétrerait dans la paroi vésico-vaginale, derrière le bord de la fistule, tandis qu'à l'autre extrémité de la sonde, on pouvait placer un ressort à boudin, qui, prenant un point d'appui sur un ressort soudé à son orifice, et l'autre sur une large plaque mobile, refoulerait vers la vessie le canal urétral, et pousserait en même temps la sonde en dehors, et

avec elle les crochets implantés dans la paroi vésico-vaginale (1).

Cet instrument qu'on peut appeler sonde-airigne ou sonde unissante, exécuté et appliqué le 24 juin 1824, resta en place jusqu'au 4 juillet. Cette première application ne fut pas suffisante, et il fallut y revenir. Cette fois, la cicatrisation de la plaie fut complète, à l'exception d'un petit point que l'on cautérisa. Depuis lors, la malade ne s'est aperçue de rien, malgré des fatigues corporelles peu ordinaires pour une femme, et des peines morales très vives.

Ceux qui ont pu constater les bons effets de la cautérisation entre les mains du professeur Dupuytren se demanderont inévitablement, à cette occasion, si le procédé mis en usage par le professeur Lallemand était indispensable.

Pour que la cautérisation amène l'oblitération de la fistule, il faut ou bien que le gonflement inflammatoire qui en résulte puisse maintenir en contact les lèvres de la solution de continuité durant un certain temps, ou bien que la crispation de la surface cautérisée soit telle que l'occlusion de cette même solution de continuité en soit le terme. Or, nous ne pensons pas que, dans le cas en question, la disposition ni l'étendue de la fistule eussent permis de se livrer à l'idée de l'accomplissement d'aucune de ces conditions. Toutefois, comme avant

---

(1) Voyez le dessin de l'instrument, *Archives de médecine*, avril 1825.

de courir les chances d'une opération insolite, il faut avoir épuisé les ressources ordinaires de l'art, le professeur Lallemand avait cautérisé à plusieurs reprises, et le résultat avait toujours été nul. Après deux cautérisations énergiques, dit-il, je laissai pendant dix jours une sonde dans la vessie, et quand je la retirai, il n'était survenu aucun changement dans la situation de la malade. Il fallait donc recourir à un autre moyen : le génie le suggéra, et le succès le plus complet en fut le prix.

Tourmenté du désir d'étendre les limites de l'art, le professeur Lallemand n'en resta pas là : appelé de nouveau, quelque temps après, à traiter une autre fistule vésico-vaginale, il eut l'heureuse idée de se servir d'une sonde à l'aide de laquelle il porta par l'urètre une aiguille courbe chargée d'un fil, d'abord jusque dans la vessie, et ensuite à travers la paroi-vésico-vaginale (1).

Le doigt indicateur de la main gauche, placé dans le vagin et mis en rapport avec l'extrémité de la sonde armée, fait connaître le lieu à travers lequel l'aiguille doit plonger au moment où l'on pousse le mandrin de l'instrument; l'aiguille est saisie et retirée par le vagin au moyen d'une pince destinée à cet usage (*fig.* 6). L'étendue de la fistule indique le nombre de points de suture qu'il est nécessaire d'appliquer. Les aiguilles sont portées tour à tour et de la même manière à quelques lignes de la lèvre antérieure et postérieure de la plaie, et

---

(1) Voyez planche III, *fig.* 5.

retirées immédiatement après par le vagin; le fil seul reste engagé dans le trou. L'une de ses extrémités sort donc par le canal de l'urètre, et l'autre par le conduit vulvo-utérin. Cela fait, l'opérateur noue au dehors du méat urinaire l'extrémité antérieure des deux fils correspondans, à peu près vis à vis le milieu de leur longueur, coupe dès lors l'un des chefs au dessus du nœud, et tirant sur les extrémités postérieures des mêmes fils qui sont dans le vagin, fait arriver le nœud à travers le méat et la vessie, jusque sur l'ulcération elle-même, de manière à en rapprocher les bords. Dès ce moment, il ne reste plus qu'à nouer les fils dans le vagin et à les serrer au moyen d'un instrument particulier (*fig.* 7) que l'on nomme serre-nœud; la même manœuvre sera répétée sur chacun des fils.

Quand l'opération est terminée il y a sur le trajet de la fistule un nombre de points de suture proportionné à l'étendue de la perte de substance. Ce sont des points de suture entrecoupée, avec cette différence cependant qu'au lieu d'un seul nœud, chaque anse en porte deux; l'un répond dans la vessie, l'autre dans le vagin. En faisant usage de fils doubles, on pourrait, sur la partie de l'anse qui correspond au conduit vulvo-utérin, avoir recours à la suture enchevillée; peut-être que de petits rouleaux de diachylum engagés ainsi dans l'anse des fils serviraient à mieux rapprocher les parties.

Dès l'instant où l'on peut supposer que la réunion s'est opérée, ce qui a lieu du quatrième au cin-

quième jour, on coupe le fil sur les deux côtés du nœud resté dans le vagin ; ce qui devient assez aisé à l'aide d'une légère traction exercée sur l'un des chefs postérieurs de la ligature. Quant à la portion d'anse vésicale, on la retire par le canal de l'urètre à l'aide du chef antérieur. Durant tout le temps que la suture reste en place, la malade est couchée sur le côté de manière à faciliter l'issue des urines par une sonde que l'on a le soin de mettre à demeure dans la vessie ; il importe on ne peut plus de tenir cet organe autant que possible à sec. Souvent, dans la journée, on doit s'assurer si la sonde fonctionne bien.

Enfin, il est presque superflu de dire qu'avant de penser à réunir les bords de la fistule, il faut avoir eu la précaution d'aviver les bords de la solution de continuité. M. Lallemand s'est toujours servi jusqu'à présent de la cautérisation faite avec le nitrate d'argent. Ce n'est pas quand la surface de la plaie est encore recouverte par les escarres produites par l'action du caustique, qu'il convient de chercher à en rapprocher les lèvres, mais bien au moment où les *chairs* ont ce degré de vivacité qui succède de près à la cautérisation. Il serait encore plus avantageux pour l'accomplissement des phénomènes adhésifs d'agir sur une plaie faite par instrument tranchant ; mais à en juger par les difficultés contre lesquelles nous avons vu lutter l'un des plus habiles opérateurs de la capitale, nous ne serions guère tenté de proposer un pareil moyen. La profondeur à laquelle il faut quelquefois agir,

l'étroitesse de l'espace et le peu de résistance qu'offrent ces parties molles, pour ainsi dire suspendues au milieu de la cavité du bassin, sont tout autant de causes qui nous feront toujours préférer la cautérisation.

Réflexions. Il serait vraiment difficile d'imaginer quelque chose de plus ingénieux et de plus simple pour porter la suture jusque dans la vessie : nous ignorons ce que pourra en penser M. Richerand, qui paraît ne connaître d'autre moyen que celui de la cautérisation. Puisse-t-il au moins reconnaître dans ces tentatives que l'École de Montpellier s'occupe aussi quelquefois des progrès de l'art!

Le procédé opératoire dont nous venons de donner une idée sommaire a déjà été essayé sur le vivant par le professeur Lallemand : tout semblait même annoncer que la malade sur laquelle il en avait fait usage pour la première fois était complétement guérie, lorsqu'il a su qu'il passait encore un peu d'urine par la fistule. Loin de chercher à cacher cet accident (chose que feraient tant d'autres), il nous autorise à donner à ce fait toute la publicité possible. Si d'abord il a été question de la guérison, c'est qu'au moment où la malade quitta Montpellier, la plaie était réellement cicatrisée, et que depuis son départ de cette ville, elle-même avait plusieurs fois écrit et annoncé que la guérison s'était maintenue: il n'en était pas ainsi.

Du reste, disait naguère M. Dupuytren en parlant de l'efficacité de la cautérisation dans le traitement des fistules vésico-vaginales, si les cicatrices de

toutes les autres parties du corps sont exposées à se rompre, pourquoi voudrait-on que celles obtenues à l'occasion de la maladie dont il s'agit fussent seules à l'abri de cet accident? Et de ce que quelques gouttes d'urine sortiront à travers une fistule par laquelle la plus grande partie de cette humeur passait auparavant, on en conclurait que le remède est inefficace! Donc la réunion immédiate est réellement applicable dans le traitement des fistules vésico-vaginales; mais ces sortes d'infirmités avaient été jusqu'à ce jour trop souvent réfractaires à l'action de tous les moyens connus : donc la méthode adhésive a encore enfanté une ressource de plus en faveur de l'humanité.

Tout en admirant et le génie de l'opérateur et le pouvoir de l'art, ne cachons pas les dangers que peuvent entraîner ces opérations. Si le professeur Lallemand ne nous en eût prévenu, les accidens mortels que nous en avons vus résulter auraient dû suffire pour nous rendre circonspect. Le professeur Roux, dont personnne ne contestera l'habileté, a pratiqué l'année dernière la suture pour un cas analogue, et la mort en a été la conséquence (1).

Que faire au milieu de ces succès et ces revers? Faudra-t-il renoncer pour jamais aux bienfaits

---

(1) Au lieu de rafraîchir la plaie par le caustique, M. Roux s'était servi de l'instrument tranchant : la malade avait été couchée sur le ventre, et tout a été fait à travers le vagin. Ce mode opératoire diffère essentiellement de celui du professeur Lallemand.

d'une méthode nouvelle? Non, il est malheureusement dans la nature et les destinées de la médecine opératoire d'avoir de grands échecs à éprouver. Un triomphe, quelque beau qu'il soit, a toujours coûté quelque chose. Soyons prudent en chirurgie, sans être trop pusillanime; mais n'imitons pas ces hommes qui, pour ménager une réputation souvent usurpée, laissent périr impitoyablement leurs malades. L'abnégation entière de soi-même est un des mille sacrifices que nous impose notre profession. Quand un médecin n'a pas la force d'obéir à la voix de sa conscience, il devrait avoir assez de délicatesse pour renoncer à son état.

CONCLUSIONS.

En rapprochant les faits dont nous venons d'offrir le tableau, il est aisé de se convaincre, comme nous l'avons dit souvent, que la réunion immédiate a exercé l'influence la plus directe et la plus puissante sur les progrès de la chirurgie. S'il est un seul moyen dont les avantages puissent être mis en parallèle avec les siens, c'est la ligature des artères. Tels sont en effet les deux pivots sur lesquels roule aujourd'hui tout l'édifice chirurgical. Lier les vaisseaux ouverts et réunir les plaies récentes, voilà les deux plus belles conquêtes de notre art.

Ce n'est pas qu'il n'existe d'autres procédés opératoires capables de rendre d'aussi grands services à l'humanité; mais il n'en est aucun dont l'application soit plus générale et suivie de moins de dangers. Réfléchissez maintenant à tout ce que vous venez de lire, voyez les résultats que donne la méthode adhésive, suppléez par la pensée à ceux que nous n'avons pu énumérer, et vous jugerez de la valeur des reproches qu'on a voulu imputer à ce mode de pansement. Suivez, dans leur pratique et leurs leçons, ces hommes qui crient à l'anathème; analysez avec calme, mais avec force et indépendance, leurs paroles et leurs actions, et vos doutes, s'il vous en reste, seront bientôt levés.

Jaloux de porter une conviction profonde dans

les esprits, nous eussions voulu présenter un tableau comparatif des deux méthodes, et ajouter ainsi une démonstration numérique à la solution raisonnée de la question; mais nos recherches ont toutes été vaines, et nous n'avons rien trouvé qui pût nous fournir les élémens complets de ce problème. Qu'il nous soit donc permis de témoigner combien il serait à désirer qu'il existât dans tous les hôpitaux des registres sur lesquels on consignerait avec soin le résultat définitif de toutes les opérations. Alors, on pourrait puiser avec confiance aux sources du passé, et éviter par là ces disputes où l'amour-propre prend si souvent la place de la vérité. Croirait-on que le Conseil des hôpitaux de Paris, qui a déjà donné tant de preuves de philantropie, a supprimé tout récemment les récompenses accordées aux travaux entrepris dans ce but? M. Dupuytren lui-même en faisait naguère la remarque devant la première Société de France (1).

Les discussions relatives à la méthode adhésive peuvent être ramenées à trois questions. Dans la première, on cherche à apprécier, autant que possible, d'une manière générale si ce mode de pansement l'emporte sur la méthode ancienne; dans la seconde, on se demande s'il convient toujours d'en faire également usage; enfin, dans la troisième, on étudie les cas où elle est impérieusement indiquée.

En réduisant ainsi le problème à ces trois formules, la solution en est bien plus facile; car, de

(1) Séance de l'Institut, 25 février 1830.

même que personne n'oserait plus maintenant contester les avantages de la réunion immédiate, de même personne ne prétend qu'il faille, dans tous les cas, y avoir recours. La difficulté consiste donc à déterminer le nombre et la nature de ces derniers. Or, nous pensons que jusqu'à présent on les a beaucoup trop restreints, et nous avons tâché d'en donner des preuves.

Quoique bien convaincu de la supériorité de la méthode que nous préconisons, nous ne pouvions cependant nous faire illusion, ni sur quelques uns des inconvéniens qu'elle présente, ni sur son peu d'efficacité dans quelques circonstances. Aussi, nous sommes-nous abstenu d'en conseiller exclusivement l'usage et de promettre des succès constans. Mais vouloir, dans l'état actuel de la science, tamponner les moignons ou livrer à la suppuration les plaies récentes résultant des opérations, c'est emmailloter la chirurgie moderne dans les langes de la chirurgie ancienne, et l'étouffer dans le germe de sa prospérité.

Allons jusqu'à supposer, comme on l'a dit, que le climat de Paris soit tel que la réunion immédiate, qui réussit dans toutes les autres villes, échoue à la capitale, qu'en conclurons-nous d'abord? Que ceux qui ont pu faire de telles observations eussent dû, dans leur sagesse, respecter les opinions des chirurgiens des autres pays et ne pas vouloir imposer forcément les leurs.

Au reste, si dans l'accomplissement d'un acte aussi simple que celui des phénomènes adhésifs,

il existe entre le climat de Paris, et celui de Montpellier, par exemple, une différence assez notable pour donner lieu à des effets si opposés ; que sera-ce quand il faudra apprécier l'efficacité d'un moyen thérapeutique d'un ordre plus complexe et plus élevé? Voilà précisément ce dont on n'a pas toujours assez tenu compte dans les discussions qui ont long-temps agité les écoles rivales.

Mais si la réunion immédiate est une méthode si dangereuse, comment le professeur Roux, rappelant dernièrement à l'Institut les services qu'il a rendus à la science, a-t-il noté surtout l'importation en France de ce mode de pansement (1)? Comment M. Richerand lui-même l'a-t-il tant préconisé dans ses ouvrages? C'est que la méthode adhésive porte avec elle le cachet de sa supériorité, et touche aux intérêts les plus hauts de la chirurgie. Quel serait donc le génie malfaisant qui, planant sur le sol de notre capitale, l'empêcherait de jouir des bénéfices d'une méthode qui réussit dans les deux mondes?

Mettra-t-on en doute les faits que nous avons allégués? Nous ne saurions le penser. Tous portent avec eux un caractère d'authenticité que personne ne saurait révoquer, tous ont été observés dans des hôpitaux ou en présence d'un grand nombre de témoins. D'ailleurs, il ne s'agit pas ici d'une affaire de croyance, l'objet est tout du ressort des yeux. Il faut interroger les chirurgiens dans la pratique

---

(1) Mémoire lu à l'occasion de la candidature en remplacement de M. Pelletan.

desquels les faits ont été puisés, ou, mieux encore, faire comme nous, voyager et observer soi-même.

Ne cédons plus à l'avenir à l'influence de quelques hommes qui, placés à la tête d'un grand hôpital, croient tenir entre leurs mains les rênes de l'art, et repoussent souvent avec dédain tout ce que font les autres. Au point où l'intelligence humaine est arrivée, il n'est plus permis de commander à l'opinion publique, il faut parler aux sens ou à la raison. Il ne suffit pas que quelques voix sorties de la capitale s'élèvent contre la réunion immédiate, pour frapper ce moyen de proscription: quand la nation presque tout entière se réunit pour proclamer une vérité pratique, il faut bon gré mal gré en accepter les conséquences.

On a dit et répété, il est vrai, que le petit nombre de malades que présentent les hôpitaux de province était insuffisant pour se livrer avec fruit à l'observation : ce reproche est moins fondé qu'on ne pourrait le croire. Sans doute il n'est guère possible de faire de la grande chirurgie sans un certain nombre de blessés; mais est-il indispensable d'en avoir constamment des milliers sous la main ? Non, et si le nombre de ceux livrés aux soins de quelques opérateurs était moins considérable, on ne verrait pas commettre les fautes dont on est quelquefois les témoins.

Pourquoi dans les salles de clinique médicale a-t-on senti la nécessité de ne confier qu'un service peu étendu à chaque médecin? Quelle est donc la différence qui existe entre les maladies internes et

celles dites souvent improprement externes? Les unes et les autres n'intéressent-elles pas l'organisme? les unes et les autres n'exigent-elles pas les soins les plus assidus? les dernières ne peuvent-elles pas réclamer, en outre, des secours tout particuliers? Quand enfin se dégagera-t-on de ces idées étroites qui ont si long-temps régné en chirurgie?

Admettons qu'il faille de grands hôpitaux et un grand nombre de malades pour bien observer et mériter l'attention publique: en est-il un seul, même à Paris, qui surpasse l'Hôtel-Dieu de Lyon (1)? En est-il beaucoup d'où soient sortis autant de chirurgiens justement célèbres? Les Pouteau, les Petit, les Cartier, les Viricel, les Boucher, les Janson, les Gensoul: tous ont été formés sur ce beau théâtre; tous ont plus ou moins coopéré aux progrès de l'art; pas un seul n'a été signalé par le professeur Richerand.

L'auteur de l'*Histoire des progrès de la chirurgie* ne pouvait-il pas aussi décliner le nom de M. Duret qui, le premier en France, a pratiqué l'opération de l'anus artificiel avec un plein succès? M. Duret, dont le nom seul fait tant d'honneur à

---

(1) Honneur soit rendu à cette ville opulente et éclairée, qui a su toujours conserver la prérogative de nommer les chirurgiens et médecins des hôpitaux aux concours et recueillir ainsi dans son sein une foule d'hommes instruits! Que de jeunes talens prospéreraient en France, si un tel exemple pouvait être imité! Espérons que l'art de guérir, cet art si nécessaire au salut des hommes, jouira enfin des avantages accordés aux autres branches de l'enseignement.

l'École de Brest, n'avait-il pas conçu et exécuté, dès le 15 août 1809, la ligature de l'artère iliaque externe; et M. Delaporte, qui lui succéda, n'a-t-il pas été le premier, chez nous, à la faire sur le vivant? Nous insistons sur ces faits, parce qu'ils se sont encore passés dans une ville d'où sont sortis des hommes qui ont quelquefois agrandi le domaine de la chirurgie.

Samuel Sharp, écrivant ses *Recherches critiques* sur cette partie de l'art de guérir, fut beaucoup moins injuste à l'égard de ses compatriotes : toujours exact et véridique dans l'exposé des faits, la modération et la justice présidèrent à la rédaction de son ouvrage, et l'impartialité la plus sévère fut l'ame de ses jugemens. En a-t-il été de même de ceux portés par le professeur de Paris?

Enfin, voyez le nombre de malades qui, dans l'espace de dix ans, sont entrés dans l'un des hôpitaux de Montpellier (plus de 33,000). Résumez les faits intéressans qu'ils ont offerts; comparez les procédés que l'on a mis en usage à ceux que l'on emploie même à Paris, et vous sentirez combien est peu fondé le reproche que l'on adresse tous les jours aux chirurgiens placés hors de l'enceinte de la capitale. Quelles sont les opérations qui, depuis plus de quinze ans, aient été faites dans cette ville, et que l'on n'ait point encore pratiquées en province? Quelles sont celles qui n'aient point été exécutées même à Montpellier? l'ablation de l'utérus et la staphyloraphie. Mais a-t-on fait à Paris aucune opération qui approche de l'ablation de la tumeur

éléphantiaque dont nous avons donné le dessin? A-t-on jamais désarticulé la cuisse avec succès? A-t-on porté la suture dans la vessie par le canal de l'urètre? A-t-on suffisamment approfondi l'histoire des greffes animales? Il n'est donc pas nécessaire de marcher toujours sur des monceaux de cadavres pour apprendre ou enseigner à guérir les vivans. Scarpa est l'un des chirurgiens de notre siècle qui ont enrichi la chirurgie des plus belles découvertes, et le professeur de Pavie vécut toujours dans une petite ville.

En parlant ainsi, nous ne prétendons contester ni accorder la supériorité à aucune Ecole, ni méconnaître aucun des avantages que présente la capitale sous le rapport de l'étendue des moyens d'instruction; mais nous avons voulu faire sentir que l'École de Montpellier, jadis à peine connue sous le rapport chirurgical, a pris enfin son essor et peut prendre rang à côté des premières Facultés d'Europe. Eh bien, cette révolution salutaire qui s'est opérée sur le sol classique de la médecine a eu lieu aussi dans plusieurs villes de France, et il en est peu où l'on ne trouve aujourd'hui quelques chirurgiens distingués. Nous désirerions donc [et nous ne sommes pas le seul à former ces vœux] (1) que l'on fût à l'avenir un peu moins injuste à l'égard des hommes que le sort a placés sur un petit théâtre, et que l'on ne dédaignât pas de s'éclairer de leurs travaux. Si tous n'ont pas le même mérite,

(1) *Journal clinique de Lyon*, prospectus.

tous sont dignes d'estime, parce que tous s'occupent des progrès de l'art ou du soulagement de l'humanité.

Apportons dans l'étude des sciences médicales cette noble émulation qui devrait présider à la marche de tout ce qui touche à des intérêts si chers; dépouillons-nous de cet esprit d'étroitesse et d'égoïsme qui fait tout rapporter à soi; prenons le bien là où il est, quelle que soit la main qui nous l'offre, et nous verrons l'art de guérir briller encore d'un nouvel éclat.

Déjà, au milieu du mouvement général qui nous agite, la médecine renaît, en quelque sorte, de ses propres cendres, et la chirurgie s'élance à grands pas vers la perfection. Mais il faut tous participer à cet élan de notre siècle et marcher tous ensemble : les progrès sont maintenant dans les masses, une ville n'est rien, la nation est tout.

FIN.

État des malades civils traités à l'hôpital Saint-Éloy de Montpellier, depuis le 1er. janvier 1817 jusqu'au 31 décembre 1826.

HOMMES

EXISTANS LE 1er. JANVIER de chaque année.		ENTRÉS.	SORTIS.	MORTS.	RESTANS.
1817. . .	68	933	846	53	102
1818. . .	102	1156	1057	92	109
1819. . .	109	1127	1045	73	118
1820. . .	118	1169	1089	94	104
1821. . .	104	1045	981	84	84
1822. . .	84	891	828	51	96
1823. . .	96	941	88	69	70
1824. . .	70	882	808	65	79
1825. . .	79	972	922	62	67
1826. . .	67	1168	1088	48	99
		10284	9562	691	

FEMMES

EXISTANT LE 1er. JANVIER de chaque année.		ENTRÉES.	SORTIES.	MORTES.	RESTANT.
1817. . . .	36	239	201	31	43
1818. . . .	43	293	248	48	40
1819. . . .	40	226	204	26	36
1820. . . .	36	264	214	48	38
1821. . . .	38	235	197	38	38
1822. . . .	38	180	168	20	30
1823. . . .	30	215	176	33	36
1824. . . .	36	237	194	32	47
1825. . . .	47	204	175	34	42
1826. . . .	42	210	182	27	43
		2303	1959	337	

ENFANS

EXISTANS LE 1er. JANVIER de chaque année.		ENTRÉS.	SORTIS.	MORTS.	RESTANS.
1817. . .	10	86	83	4	9
1818. . .	9	118	118	2	7
1819. . .	7	95	95	3	4
1820. . .	4	112	107	6	3
1821. . .	3	66	64	4	1
1822. . .	1	58	50	3	6
1823. . .	6	40	40	1	5
1824. . .	5	56	52	1	8
1825. . .	8	53	52	3	6
1826. . .	6	64	63	4	3
		748	724	31	

État des militaires traités à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier depuis le 1er. janvier 1817 jusqu'au 31 décembre 1826.

EXISTANS LE 1er. JANVIER de chaque année.		ENTRÉS.	SORTIS.	MORTS.	RESTANS.
1817. . . .	87	1168	1083	15	157
1818. . . .	157	920	949	20	108
1819. . . .	108	1529	1475	25	137
1820. . . .	137	1993	1955	51	124
1821. . . .	124	1989	1887	52	174
1822. . . .	174	2633	2623	64	120
1823. . . .	120	3727	3337	78	432
1824. . . .	432	2812	3036	85	123
1825. . . .	123	2068	1902	61	228
1826. . . .	228	1845	1888	91	94
		20684	20135	542	

Les marins ont été élagués du mouvement militaire par ordre du sous-intendant le 3 février 1825. Depuis cette époque jusqu'au 31 décembre 1826, il en est entré 92, sorti 88, et mort 1.



EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I. Tumeur éléphantiaque du poids de soixante livres, renfermant dans son sein la verge et les testicules, extirpée avec succès par le professeur Delpech, le 11 septembre 1820, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. La tumeur avait commencé, depuis environ sept ans, par une ulcération sur le prépuce, laquelle avait donné lieu à une induration de ce repli membraneux. Le malade était âgé de trente-cinq ans.

Planche II, *fig.* 1. État des parties au moment où la dissection de la tumeur fut terminée : *h, h,* testicules ; *b, b,* lambeau destiné à former le fourreau de la verge et pris sur la portion saine des tégumens qui recouvraient la tumeur. E, E, lambeaux latéraux destinés à former le scrotum. N et O, arcade crurale et muscles de la partie interne de la cuisse mis à nu ; I, verge considérablement allongée par l'effet du tiraillement exercé par la tumeur.

Planche II, *fig.* 2. Vue du malade immédiatement après l'opération : *a, a,* nouveau scrotum, renfermant les testicules et soutenu par des points de suture entrecoupée ; *b, b,* incision latérale ; *d, d,* nouveau fourreau donné à la verge.

Voyez, pour de plus amples détails, les belles gravures données par M. Delpech dans sa *Chirurgie clinique*, tome II.

Planche III, *fig.* 1. Ablation d'une tumeur cancéreuse occupant toute la lèvre inférieure et une partie de la joue droite ; restauration aux dépens de la peau de la région sus-hyoïdienne, d'après le procédé de M. Roux de Saint-Maximin.

Fig. 2. Tumeur cancéreuse beaucoup plus étendue et susceptible néanmoins d'être enlevée sans laisser aucune espèce de difformité, d'après le même procédé.

Fig. 3. Plan du mode opératoire proposé par l'auteur à M. Dupuytren.

Fig. 4. Aspect et position respective des parties après l'opération proposée.

Instrumens du professeur Lallemand pour le traitement des fistules vésico-vaginales, représentés en grandeur naturelle.

Fig. 5. Sonde porte-aiguille.

Fig. 6. Pince destinée à tirer l'aiguille à travers le vagin.

Fig. 7. Serre-nœud à bascule portant deux yeux à l'extrémité de ses branches, pour passer les chefs de la ligature.

Fig. 8. Stylet jouant dans l'intérieur de la sonde et poussant l'aiguille.

Fig. 9, Aiguille hors de la sonde.

TABLE ANALYTIQUE
DES MATIÈRES.

CHAPITRE I. — *Recherches historiques.*

core de l'opposition. Mémoire lu à l'Institut par M. Roux, 33. — *Nosographie chirurgicale* de Richerand, opinion de l'auteur, 35. — Opinion du Pr. Sabatier, 36. — Principes émis par M. Léveillé, 37. — M. Boyer se déclare contre la réunion, 38. — Quelques chirurgiens italiens doutent un instant de son efficacité.... Tous sont aujourd'hui partisans de ce mode de pansement, 39. — Opinion des chirurgiens allemands, 39. — Conclusions, 41.

CHAPITRE II. — *Considérations générales.*

Art. 1er. — *De la réunion immédiate.*

L'inflammation est-elle indispensable pour que la réunion ait lieu? 43. — Réunion purement adhésive, 44. — Idées de M. Thompson sur cette question, 46. — Il n'y a pas de réunion immédiate proprement dite, 48. — Pour obtenir l'adhésion, il n'est pas nécessaire d'affronter les tissus identiques, *ibid.* — L'existence des fausses membranes n'est pas une preuve irrévocable de la phlogose, 49. — Réunion immédiate inflammatoire, *ibid.* — La réunion peut avoir lieu malgré la sécrétion d'un peu de pus, 51. — Premier mode de réunion d'après Hunter, 52. — Thompson considère l'interposition du sang comme devant s'opposer à la réunion, *ibid.* — Rapprochement à faire entre les maladies internes et externes, 53. — Momens plus ou moins favorables pour la réunion, 54. — Les phénomènes adhésifs sont très simples par leur nature. — De l'état respectif des malades qui entrent dans les hôpitaux de Paris et de province, 58. — Phénomènes adhésifs qui se passent à l'intérieur, 59. — Adhérence entre les feuillets du péritoine, de la vaginale, 62. — De l'adhérence à la surface des synoviales par rapport à l'ankylose. Vraie manière d'envisager l'ankylose, 63. — Les productions organiques qui servent à la formation des cicatrices ne se prêtent pas toutes également à l'allongement, 65.

CHAPITRE V. — *Des avantages de la réunion immédiate.*

Différence des deux méthodes sous le rapport de la douleur, 204. — Objection portée par M. Larrey, 206. — Différence sous le rapport des accidens primitifs et de la durée de la guérison, 208. — Affaiblissement produit par la suppuration, 213. — Tableau des accidens attachés à la méthode ancienne, 215. — Observations et réflexions, 218. — Résultats fournis par la méthode adhésive, 220. — Faits observés à Paris, 225. — Des avantages de la réunion dans l'extirpation des tumeurs, 228. — Des avantages de cette même méthode par rapport à la phlébite, 231. — Des avantages de cette même méthode par rapport à la pourriture d'hôpital, 232. — Éclaircissemens sur des doutes manifestés par M. Roux, 234.

CHAPITRE VI. — *De la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies.*

Art. I. — *Des plaies en général.*

Il n'est pas de sujet qui n'offre un côté intéressant, 237. — Rapprochement à faire entre les plaies produites par des agens extérieurs et celles qui résultent des opérations, 239. — Cas où il faut mettre le plus grand soin à affronter exactement les bords, 240. — Section d'un cordon nerveux, 241. — Section d'un tendon, 242. — Fait curieux et réflexions, 243. — Plaies avec perte de substance, 245. — Plaies contuses, 246. — Plaies d'armes à feu, 247. — Plaies par déchirure, par arrachement, 248. — Rarement la réunion a lieu d'une manière complète, 249. — Cas où elle est contre-indiquée, *ibid.*

Art. II. — *Des plaies de la tête.*

Objection portée par M. Margot d'après les leçons de

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.


Pl. I

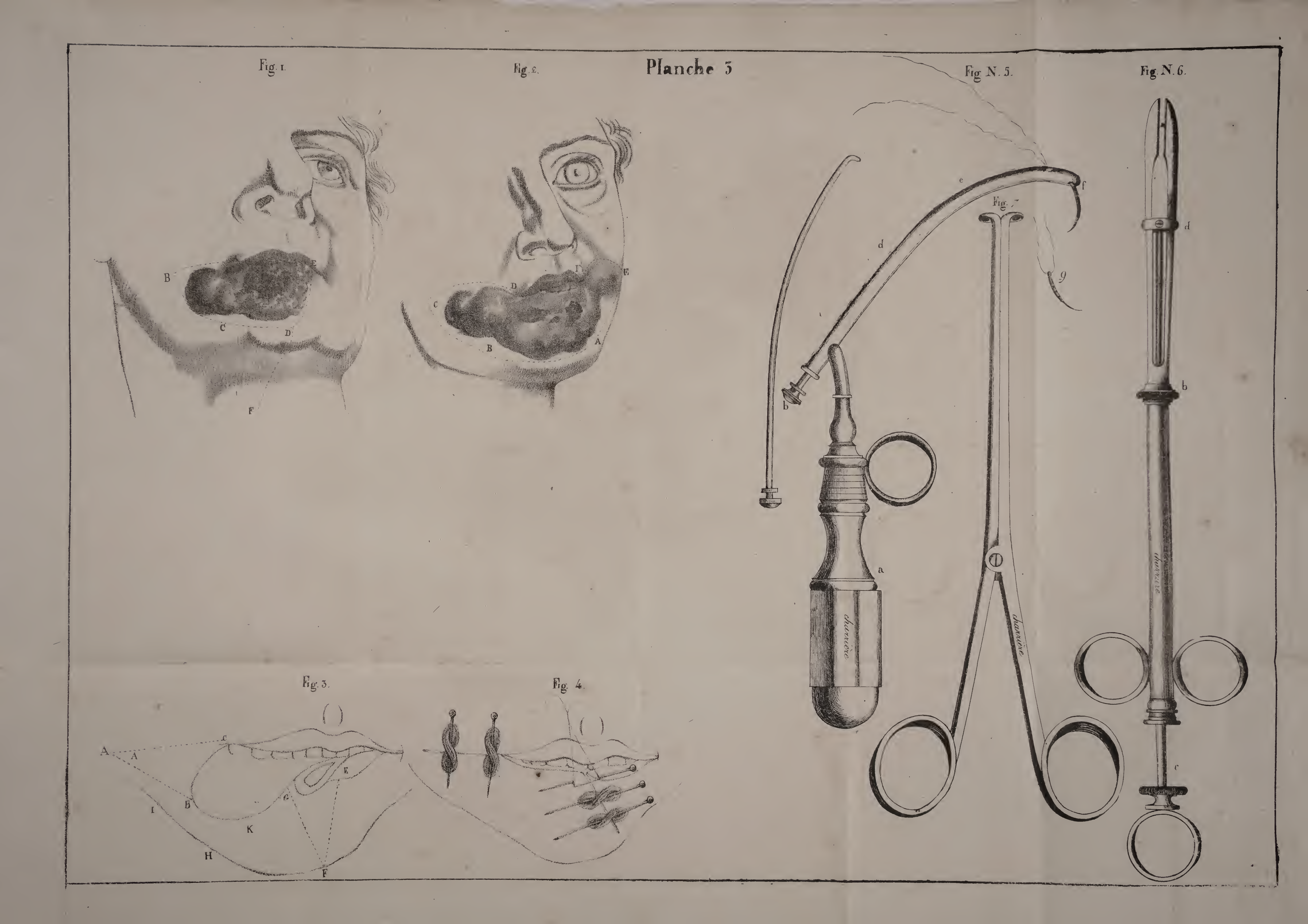


Planche 2.

Fig. 1.

Fig. 2.




Planche 3
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig N. 5.
Fig. N. 6.
Fig. 7
Fig. 3.
Fig. 4.
Charrière
Charrière
Charrière

